ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

В. В. МАРИЛОВ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Рекомендовано
Советом У МО университетов РФ в качестве учебного пособия для высших учебных заведений, ведущих подготовку кадров по психологическим направлениям и специальностям

Москва



2002

УДК 616.89 (075.8)
ББК 88.3я73
М25

Рецензенты:
доктор психологических наук, профессор *А. Ш. Тхостов;*
доктор медицинских наук, профессор *И. И. Сергеев*

Марилов В. В.
М25 Общая психопатология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 224с.

ISBN 5-7695-0838-8

В учебном пособии подробно освещены основные симптомы и синдромы нарушения психической сферы человека. Особое внимание уделено клиническому описанию культуральных симптомокомплексов, характерных для различных этнографических групп, поскольку в связи с современными миграционными процессами эти синдромы все чаще и чаще встречаются в отечественной клинической и психологической практике.

Может быть полезно практическим психологам и медицинским работникам.

УДК 616.89 (075.8)
ББК 88.3я73

ISBN 5-7695-0838-8

ПРЕДИСЛОВИЕ

В клинической практике довольно часто встречаются симптомы и синдромы многих психических заболеваний, нередко маскирующихся под патологию внутренних органов.

Задача специалистов состоит в том, чтобы отграничить истинные психические симптомы от сходных по своей сути осложнений соматического заболевания, например ипохондрический бред — от обычной ипохондрической фиксации при заболевании какого-либо внутреннего органа. Именно поэтому студентам-медикам и студентам-психологам необходимо тщательное изучение общей психопатологии (симптомов и синдромов психических заболеваний), ибо лечение соматического заболевания и его психопатологического наслоения (так называемого психопатологического грима) принципиально различно.

Изучение общей психопатологии важно еще и потому, что многие психически больные объясняют свое плохое самочувствие наличием соматического или «психологического» заболевания. В особой степени это касается расстройств пограничного круга (между соматическим и психическим, патологией и нормой). Речь идет о неврозах (в том числе и неврозах органов), патологических развитиях, психопатиях и психосоматических расстройствах. Кроме того, нередко неразрешенные личностные проблемы могут выступать как псевдозаболевания в виде различных вариантов пассивных психологических защит.

Умение разграничить личностные проблемы от тех или иных психических заболеваний — главная задача адекватной психологической, а следовательно, и социальной реабилитации больных.

1. ПАТОЛОГИЯ ОЩУЩЕНИЙ

Ощущение— это элементарный акт познавательного процесса, функция отражения отдельных качеств и свойств окружающей действительности. Фило- и онтогенетически ощущение является одной из наиболее ранних функций центральной нервной системы.

При ощущении человек осознает цвет, звук, запах, консистенцию предмета, но не предмет в целом. Например, про ручку он может сказать лишь, что это что-то плотное, черное, удлиненное. Практически любое психическое заболевание в той или иной степени сопровождают ***сенестопатии*** — разнообразные неприятные, тягостные патологические ощущения покалывания, сдавливания, жжения, перекручивания, бульканья, не связанные с соматическими заболеваниями и возникающие в различных частях тела. Они имеют крайне необычный, часто вычурный характер. При тщательном исследовании современными методами не удается выявить соматическое заболевание, которое могло бы вызвать эти разнообразные и необычные ощущения.

Больной К. считал, что в груди у него «что-то киснет, сжимаются и разжимаются мозги», «внутри горла то тепло, то холодно, в животе слева что-то жжет, а справа распухает», бедра постоянно мерзнут, испытывал также онемение в яичках и ощущение пареза полового члена справа. Временами чувствовал, как у него «плавится и стекает вниз лицо» или «сохнут глаза», мышцы рук трутся о кости, «растяжение» яичек и боль при их соприкосновении с внутренней частью бедер или с одеждой (поэтому дома предпочитал ходить голым, даже в присутствии родственников женского пола).

Больная М. чувствовала болевые ощущения в костях черепа, испытывала «расщепление» височной кости и проникновение внутрь кости пузырьков воздуха, эти пузырьки заполняли всю пористую часть кости и вызывали чувство «болезненного распирания костей всего черепа».

К патологии ощущений с известной долей условности относится ***агнозия*** (неузнавание), которая проявляется в неспособности человека узнать и объяснить значение тех или иных сенсорных ощущений. Агнозия может быть зрительной, слуховой, обонятельной, тактильной. Этот вид патологии встречается главным образом при органическом поражении головного мозга, однако нередко агнозия бывает и функциональной (чаще всего истерической, когда больной после стресса перестает чувствовать запахи, вкус пищи, «не слышит» неприятную для него информацию.

Потерю чувствительности отдельных участков кожи или отдельных анализаторов называют ***анестезией.*** Она встречается часто, особенно в неврологической клинике, является важным симптомом поражения той или иной структуры головного мозга. Анестезия в психиатрии часто носит истерический характер, она не связана с каким-либо определенным нейроанатомическим субстратом, при ней выключаются все формы ощущений, как поверхностных, так и глубоких. Во времена инквизиции анестезия

считалась одним из основных признаков «одержимости дьяволом», что означало, что через потерявший чувствительность участок кожи нечистый вошел в тело человека. ***Гипестезия*** — это снижение чувствительности к внешним раздражителям: яркий свет ощущается как слабое, едва светящееся пятно, громкие звуки — как еле слышимые. Отмечается при тяжелой астении и при депрессии. ***Гиперестезия*** — усиление чувствительности к обычным звукам (гиперакузия), запахам (гиперосмия), прикосновениям (гипертактильность), свету (обычная свеча светит как яркое солнце) и т. д. Встречается при гиперстеническом варианте неврастении, маниакальном состоянии и при некоторых интоксикационных психозах.

Болевые ощущения в различных частях тела — ***алгии*** — встречаются в виде *гипералгий* (ключевой признак синдрома Мюнхгаузена) или *гипоалгий,* временами трудно отличимых от сенестопатии. Алгии характерны для депрессии, истерических состояний и связаны со многими психическими заболеваниями, особенно в пожилом и старческом возрасте.

Больной Ц. считал, что у него все болит: в сердце острая боль, в желудке — ноющая, в легких — «свербящая», в голове — «давящая». При перечислении пораженных заболеваниями органов здоровым назвал только нос. При объективном обследовании оказалось, что никаких соматических заболеваний, кроме насморка, у больного не выявлено.

Синестезии, или рефлекторные иллюзии — редкая особенность ощущений, когда раздражение одного анализатора вызывает ответ нескольких анализаторов одновременно. Отсюда ощущение вкусного запаха какой-либо ноты, звучного цвета желтых подсолнухов В. Ван-Гога, музыкальность прикосновения воротника рубашки к шее. Синестезии нередко встречаются у психически здоровых одаренных художников, поэтов и музыкантов. Выявляются и в патологии при приеме некоторых наркотических средств.

2. ПАТОЛОГИЯ ВОСПРИЯТИЯ

Восприятие — это целостное отражение нашим «Я» предмета или явления.

Иллюзии

Иллюзиями называют ошибочное, измененное восприятие реально существующих предметов или явлений, «извращение восприятия» (Ж.Эскироль), «заблуждение воображения» (Ф.Пинель), «мнимоощущение» (В. П. Сербский). Иллюзии могут быть как у психически больных, так и у совершенно здоровых людей.

Описания иллюзий приведены в «Лесном царе» И.Гёте и в «Бесах» А. С. Пушкина. В первом случае болезненному воображению мальчика вместо дерева представляется образ страшного, бородатого лесного царя, во втором — в разыгравшейся метели видятся кружащиеся фигуры бесов, а в шуме ветра слышатся их голоса.

У здоровых могут возникать физические, физиологические иллюзии, а также иллюзии невнимания.

Физические иллюзии основаны на законах физики. Например, восприятие преломления предмета на границе различных прозрачных сред (ложка в стакане воды кажется преломленной, по этому поводу еще Декарт говорил: «Мой глаз ее преломляет, а мой разум выпрямляет»). Подобной иллюзией является мираж.

Физиологические иллюзии связаны с особенностями функционирования анализаторов. Если человек долго смотрит на движущийся поезд, у него появляется ощущение, что состав стоит на месте, а он как бы мчится в противоположную сторону. При внезапной остановке вращающейся качели у сидящих в ней людей несколько секунд сохраняется ощущение кругового вращения окружающего. По той же причине маленькая комната, оклеенная светлыми обоями, кажется большей по объему. Или полный человек, одетый в черное платье, кажется более стройным, чем в реальности.

Иллюзии невнимания отмечаются в тех случаях, когда при чрезмерной заинтересованности фабулой литературного произведения психически здоровый человек не замечает очевидных грамматических ошибок и опечаток в тексте.

Иллюзии, связанные с патологией психической сферы, обычно разделяют на аффективные (аффектогенные), вербальные и парэйдолические.

Аффективные иллюзии возникают в ситуации аффекта или необычного эмоционального состояния (сильный страх, чрезмерное желание, напряженное ожидание и т.д.), в ситуации недостаточной освещенности окружающего пространства. Например, висящий на кресле галстук в полумраке может восприниматься как готовая к прыжку кобра. Аффективные иллюзии иногда отмечаются и у здоровых людей, ибо это искаженное восприятие связано с

необычным эмоциональным состоянием. Практически любой человек может испытать аффективные иллюзии, если он один посетит кладбище в полночь.

Одинокая религиозная пациентка боялась ночью проходить мимо балкона своей квартиры, так как в домашней утвари, хранящейся на балконе, постоянно видела «искусителя».

Вербальные, или ***слуховые, иллюзии*** появляются также на фоне какого-либо аффекта и выражаются в ошибочном восприятии смысла разговоров окружающих людей, когда нейтральная речь воспринимается больным как угроза его жизни, ругательства, оскорбления, обвинения.

Больной Н., страдавший алкоголизмом, нередко на фоне включенного телевизора слышал (и видел), как его приглашают разделить компанию «на троих» совершенно незнакомые ему «волосатые люди с хвостами», свободно проходящие через стену дома.

Парэйдолические (околообразные) ***иллюзии*** связаны с деятельностью воображения при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию. При этом расстройстве восприятие носит причудливо-фантастический характер. Например, в калейдоскопе вечно движущихся облаков человек может увидеть божественные картины, в рисунке обоев — миллионы мелких животных, в узорах ковра — свой жизненный путь. Парэйдолические иллюзии всегда возникают при сниженном тонусе сознания на фоне различных интоксикаций и являются важным диагностическим признаком. В частности, этот вариант иллюзий может быть одним из первых симптомов начинающегося алкогольного делирия.

Больной Н. видел в узорах зашарпанных обоев все тех же, но значительно уменьшенных в размерах «волосатых людей с хвостами», которые гостеприимно распахивали перед ним ворота в ад, держа «для встречи» в каждой руке по бутылке водки.

Иногда иллюзии разделяют по органам чувств: *зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые* и *тактильные.* Следует подчеркнуть, что наличие лишь аффективных, вербальных и парэйдолических иллюзий в изолированном виде не является симптомом психического заболевания, а лишь свидетельствует об аффективной напряженности или переутомлении человека. Только в сочетании с другими расстройствами психической сферы они становятся симптомами определенных душевных расстройств.

Галлюцинации

Галлюцинации — это расстройства восприятия, когда пациент видит, слышит и ощущает то, чего на самом деле в данной ситуации не существует. Это так называемое восприятие без объекта. По образному выражению Ласега, иллюзии относятся к галлюцинациям, как злословие к клевете (т. е. в основе злословия всегда есть реальный факт, передернутый или извращенный, в то время как в клевете нет даже намека на правду).

Выделяют галлюцинации по органам чувств: *зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, общего чувства (висцеральные* и *мышечные).*

Галлюцинации бывают простыми и сложными. Простые галлюцинации обычно локализуются в пределах одного анализатора (например, только слуховые или только обонятельные и пр.). Сложные (комбинированные, комплексные) галлюцинации — это сочетание двух и более простых галлюцинаций.

Например, пациент видит лежащего у него на груди огромного удава (зрительные обманы восприятия), который «угрожающе шипит» (слуховые), чувствует его холодное тело и огромную тяжесть (тактильные галлюцинации).

Кроме того, галлюцинации бывают истинными, более характерными для экзогенных психических заболеваний, при которых пациент видит отсутствующие в данный момент картины или слышит несуществующие звуки, и ложными (псевдогаллюцинации), чаще отмечаемыми при эндогенных расстройствах, в частности шизофрении. По существу псевдогаллюцинации включают в себя не только расстройства восприятия, но и патологию ассоциативного процесса, т. е. мышления.

Больная М., преподаватель одного из московских вузов, «внутренним взором» постоянно видела в своей голове две группы физиков, американских и советских. Эти группы воровали друг у друга «атомные секреты», испытывали в голове больной атомные бомбы, от которых у нее «закатывались глаза». Больная все время мысленно разговаривала с ними то на русском, то на английском языке.

Для отграничения истинных галлюцинаций от ложных, имеющих огромное значение для нозологической предположительности заболевания, выделяют дифференциально-диагностические критерии:

1. Критерий проекции. При истинных галлюцинациях отмечается проекция галлюцинаторного образа во вне, т. е. больной слышит голос ушами, видит глазами, чувствует запах носом и т.д. При псевдогаллюцинациях отмечается проекция образа внутри тела пациента, т. е. он слышит голос не ушами, а головой и голос располагается внутри головы или другой части тела. Точно так же он видит зрительные образы внутри своей головы, груди или другой части тела. При этом больной говорит, что внутри тела находится как бы маленький телевизор. Псевдогаллюцинации достаточно широко представлены и в художественной литературе. Так, например, принц Гамлет видел призрак своего отца «в глазе своего ума».

2. Критерий сделанности. Характерен для псевдогаллюцинаций. Больной уверен, что демонстрация картинок в голове, вмонтирование в голову телевизора и магнитофона, записывающего его тайные мысли, специально подстроено могущественными организациями или отдельными лицами. При истинных галлюцинациях никогда не бывает чувства сделанности, подстроенности.

3. Критерий объективной реальности и чувственной яркости. Истинные галлюцинации всегда тесно связаны с реальным окружением и трактуются больными как существующие в реальности. Больной видит небольшого Кинг-

Конга, сидящего на реальном стуле, в реальной комнате, в окружении реальных студентов, комментирующего реальную телевизионную программу и пьющего водку из реального стакана. Псевдогаллюцинации лишены объективной реальности и чувственной живости. Так, слуховые псевдогаллюцинации негромкие, неотчетливые, как бы отдаленные. Это не то голос, не то шепот, и не женский, и не мужской, и не детский, и не взрослый. Иногда больные сомневаются, голос ли это или же звучание собственных мыслей. Зрительные псевдогаллюцинации, нередко яркие, никогда не связаны с реальным окружением, чаще они полупрозрачны, иконоподобны, плоски и лишены формы и объема.

4. Критерий актуальности поведения. Истинные галлюцинации всегда сопровождаются актуальным поведением, ибо больные убеждены в реальности галлюцинаторных образов и ведут себя адекватно их содержанию. При устрашающих образах они испытывают панический страх, при голосах угрожающего характера, доносящихся из соседней квартиры, ищут помощи в милиции и готовятся к обороне или прячутся у знакомых, а иногда просто затыкают себе уши. Для псевдогаллюцинаций актуальность поведения не характерна. Больные с голосами неприятного содержания внутри головы продолжают безучастно лежать в постели. Крайне редко возможны «адекватные» псевдогаллюцинациям поступки. Так, например, больной, длительное время слышавший голоса, исходящие из большого пальца левой ноги, пытался отсечь последний.

5. Критерий социальной уверенности. Истинные галлюцинации всегда сопровождаются чувством социальной уверенности. Так, больной, испытывающий комментирующие галлюцинации неприятного содержания, убежден, что высказывания о его поведении слышат все жильцы дома. При псевдогаллюцинациях больные уверены, что подобные явления носят сугубо личный характер и переживаются исключительно ими.

6. Критерий направленности на психическое или физическое «Я». Истинные галлюцинации направлены на физическое «Я» больного, в то время как псевдогаллюцинации всегда адресованы к психическому «Я». Другими словами, в первом случае страдает тело, а во втором — душа.

7. Критерий зависимости от времени суток. Интенсивность истинных галлюцинаций усиливается в вечернее и ночное время. Такой закономерности при псевдогаллюцинациях, как правило, не отмечается.

В психиатрической практике чаще всего встречаются слуховые (вербальные) галлюцинации.

Слуховые галлюцинации могут быть элементарными в виде шумов, отдельных звуков *(акоазмы),* а также в виде слов, речей, разговоров *(фонемы).* Кроме того, слуховые галлюцинации подразделяются на так называемые *оклики* (больной постоянно слышит, как его окликают по имени), императивные, комментирующие, угрожающие, контрастирующие (контрастные), речедвигательные и т.д.

Больная С., страдающая шубообразной шизофренией, так описала свои слуховые галлюцинации: «В ночь с 4 на 5 марта я очень плохо спала от страха,

так как всю ночь слышала разные голоса. Самый неприятный голос принадлежал дьяволу. Он сказал, что пришел за мной, ибо при моем рождении он наложил на меня заклятие — проклятие. При исполнении мне 36 лет я должна уйти в другой мир — ад. И вот наступил этот день — 5 марта. Страшный голос дьявола рычал, что мне пора собираться, что сейчас он вывернет наизнанку все мои внутренности — это пропуск в ад. А в аду он выколет голубые мои глаза, проколет спину насквозь, сорвет с меня все ногти. Он добавил, что так делают со всеми вновь поступившими в ад. Другой голос, мягкий и нежный, появился для того, чтобы я смогла замолить все свои грехи и спасти мир от поганых чертей. Этот голос сказал, что если в данный момент я смогу побороть эту нечистую силу, жизнь моя изменится и я стану через пять лет всемирной целительницей».

Императивные (приказывающие, повелительные) вербальные галлюцинации выражаются в том, что больной слышит приказы, противиться которым он почти не может. Эти галлюцинации несут значительную угрозу для окружающих и самого больного, так как «приказывают» обычно убить, ударить, уничтожить, взорвать, выбросить ребенка с балкона, отрубить себе ногу и т.д.

Больной X. в день смерти матери услышал «приказ с небес», запрещающий ее хоронить, так как «она, как Иисус Христос, через три дня воскреснет». Чтобы предотвратить тление, больной обмотал труп матери пленкой и поместил в холодильник, где она и пролежала не три дня, а три года.

Больная под действием императивных голосов выпрыгнула с шестого этажа и, угодив в сугроб, чудом осталась жива. В последующем то, что она осталась жива, ее мать расценила как факт психического здоровья («если бы она была больна, то разбилась бы, а раз она смогла спланировать в сугроб, значит она психически здорова»). Это лишний раз подтверждает мудрость народной пословицы — «Яблоко от яблони недалеко падает».

Комментирующие вербальные галлюцинации также весьма неприятны для больного и выражаются в том, что голоса постоянно как бы обсуждают все поступки больного, его мысли и желания. Иногда они настолько тягостны, что единственный способ избавиться от них больной находит в самоубийстве.

Больной Н. постоянно слышал, как голоса комментируют все его действия в туалете и телодвижения в постели, и, по его словам, это же слышали все жильцы дома. Чтобы избавиться от «этих комментариев», больной предпринял попытку самосожжения.

Угрожающие вербальные галлюцинации выражаются в том, что больные постоянно слышат словесные угрозы в свой адрес: их собираются зарубить, четвертовать, кастрировать, заставить выпить медленно действующий яд и т.д.

Больной К., злоупотребляющий алкоголем, поздно ночью услышал из близлежащей поликлиники голос лечащего врача, угрожающего «разобрать его на запасные части», в частности «забрать сердце для пересадки президенту». Испугавшись, он побежал в отделение милиции, но по дороге слышал со стороны голоса других людей, грозивших сжечь его заживо, если только он посмеет пожаловаться.

Контрастирующие (антагонистические) вербальные галлюцинации носят характер группового диалога — одна группа голосов гневно осуждает больного, требует изощренно пытать и предать смерти, а другая — робко, неуверенно его защищает, просит отсрочки казни, уверяет, что больной исправится, перестанет пить, станет лучше, добрее. Характерно, что голоса не обращаются непосредственно к больному, а дискутируют между собой. Иногда, впрочем, они дают ему прямо противоположные распоряжения, например засыпать и одновременно петь и делать танцевальные па. Этот вариант слуховых обманов восприятия является императивной разновидностью антагонистических галлюцинаций. К контрастирующим расстройствам относятся также клинические случаи, когда больной одним ухом слышит угрожающие, враждебно настроенные к нему голоса, а другим — доброжелательные, одобряющие его действия.

Тот же больной К., находившийся один в квартире, поздно вечером услышал группу голосов, из которых большинство очень активно и настойчиво требовали его четвертования или утопления в ванне с водкой как недостойного человека, развалившего семью, потерявшего из-за алкоголя работу, пропившего все вещи, включая одежду ребенка. Другая группа голосов — как бы его адвокаты — весьма робко и с большими сомнениями предлагали дать больному последний шанс исправиться, закодироваться, вернуть семью. К. слышал «это собрание» всю ночь, пытался оправдываться, но его никто не слушал, голоса были заняты дискуссией между собой о его «несчастной жизни или уже предрешенной смерти».

Речедвигательные галлюцинации Сегла характеризуются уверенностью больного в том, что кто-то говорит его речевым аппаратом, воздействуя на мышцы рта и языка. Иногда речедвигательный аппарат произносит не слышимые окружающими голоса. Многие исследователи относят галлюцинации Сегла к разновидности псевдогаллюцинаторных расстройств.

Больной Г. во время беседы с врачом вдруг неожиданно начал говорить по-татарски, на удивленный вопрос врача ответил, что это говорил не он, его ртом управлял староста деревни, который плохо понимает и говорит по-русски.

Зрительные галлюцинации по своей представленности в психопатологии занимают второе место после слуховых. Они колеблются от элементарных *(фотопсии)* в виде дыма, тумана, искр до *панорамических,* когда больной видит динамические батальные сцены со множеством людей. Выделяют *зоопсии,* или зоологические зрительные обманы в виде различных агрессивных диких животных, нападающих на больного (чаще они отмечаются при алкогольном делирии).

Больной Я. видел множество зловонных маленьких крокодилов, которые с раскрытой пастью заползали к нему под одеяло и понемногу откусывали его половой орган и мошонку.

Демономанические галлюцинации — больной видит образы мистических и мифологических существ (черти, ангелы, русалки, оборотни, вампиры и т.д.).

Больной С. был убежден в том, что его теща является родственницей Вия,

он периодически видел, как она превращается в вампира и высасывает его кровь. Иногда она устраивала «кровавые пиры» с самим Дракулой, при этом больного всегда оставляли на десерт, ибо его кровь — «это и выпивка, и закуска одновременно».

Аутоскопические (дейтероскопические), или галлюцинации двойника — пациент наблюдает одного или нескольких двойников, которые полностью копируют его поведение и манеры. Выделяют отрицательные аутоскопические галлюцинации, когда больной не видит своего отражения в зеркале. Аутоскопии описаны при алкоголизме, при органических поражениях височных и теменных отделов головного мозга, при явлениях гипоксии после операции на сердце, а также на фоне выраженной психотравмирующей ситуации. Аутоскопические галлюцинации, по-видимому, испытывали Гейне и Гёте.

Микроскопические (лилипутные) галлюцинации — обманы восприятия носят уменьшенные размеры (множество гномиков, одетых в чрезвычайно яркие одежды, как в кукольном театре). Эти галлюцинации чаще встречаются при инфекционных психозах, алкоголизме и при интоксикации хлороформом и эфиром.

Больной М. видел множество маленьких, но крайне озлобленных и агрессивно настроенных к нему крыс, которые гонялись за ним по всей квартире.

Макроскопические обманы восприятия — перед больным предстают великаны, жирафоподобные животные, огромные фантастические птицы.

Больная Ц. внезапно увидела себя в окружении огромных летающих, ползающих и плавающих, но одинаково устрашающих ящеров, которые охотились за ней. Больная с ужасом поняла, что ее «перенесли в "Парк юрского периода"».

Полиопические галлюцинации — множество одинаковых галлюцинаторных образов, как бы созданных под копирку, отмечаются при некоторых формах алкогольных психозов, например при белой горячке.

Больной Н. в белой горячке видел в своей комнате поздно вечером множество совершенно одинаковых обнаженных девушек с абсолютно одинаковыми бутылками водки и совершенно одинаковыми солеными огурцами (закуска).

Аделоморфные галлюцинации — это зрительные обманы, лишенные четкости форм, объемности и яркости красок, бестелесные контуры людей, летающих в конкретном замкнутом пространстве. Многие исследователи относят аделоморфные галлюцинации к особой форме псевдогаллюцинаций; характерны для шизофренического процесса.

Экстракампинные галлюцинации — больной видит уголком глаза позади себя вне поля обычного зрения какие-то явления или людей. Когда он поворачивает голову, эти видения мгновенно исчезают. Галлюцинации встречаются при шизофрении.

Больной С. видел уголком глаза, как стоящий позади него человек заносит руку с молотком для удара по его голове. Чтобы избежать удара,

больной постоянно оборачивался, но ни разу так и не увидел нападающего.

Гемианопсические галлюцинации — выпадение одной половины зрения, встречаются при органическом поражении центральной нервной системы.

Галлюцинации ***типа Шарля Боннэ*** — всегда истинные обманы восприятия, отмечаются при поражении какого-либо анализатора. Так, при глаукоме или отслойке сетчатки отмечается зрительный вариант этих галлюцинаций, при отитах — слуховой.

Больной Ф. с полной потерей слуха постоянно слышит угрожающие голоса сотрудников по работе, обвиняющих его в симуляции, недобросовестном отношении к работе, «если не сказать больше».

Отрицательные, т.е. внушенные зрительные галлюцинации. Больному в состоянии гипноза внушают, что после выхода из гипнотического состояния он, например, не увидит на столе, заваленном книгами и блокнотами, абсолютно ничего. Действительно, после выхода из гипноза человек в течение нескольких секунд видит совершенно чистый и пустой стол. Эти галлюцинации, как правило, недолговечны. Они не являются патологией, а скорее свидетельствуют о степени гипнабельности человека.

В диагностике психического заболевания большое значение придается тематике зрительных галлюцинаций (как, впрочем, и слуховых). Так, религиозные темы галлюцинаций характерны для эпилепсии, образы погибших родственников и близких — для реактивных состояний, видения алкогольных сцен — для белой горячки.

Обонятельные галлюцинации представляют собой мнимое восприятие крайне неприятных, порой отвратительных запахов разлагающегося трупа, тления, горелого человеческого тела, испражнений, зловония, необычного яда с удушливым запахом. Нередко обонятельные галлюцинации невозможно отличить от обонятельных иллюзий. Иногда у одного и того же пациента существуют синхронно оба расстройства. Такие больные нередко стойко отказываются от приема пищи.

Больная С. в течение длительного времени отказывалась от завтрака, так как именно утренняя порция пищи имела запах больной женщины, выписанной ранее, которую «в подвале провернули на котлеты всему отделению».

Обонятельные галлюцинации могут возникать при различных психических заболеваниях, но прежде всего они характерны для органического поражения головного мозга с височной локализацией (так называемые унцинатные припадки при височной эпилепсии).

Вкусовые галлюцинации часто сочетаются с обонятельными и выражаются в ощущении наличия в ротовой полости гнили, «мертвечины», гноя, испражнений и т.д. Эти расстройства с одинаковой частотой встречаются как при экзогенных, так и эндогенных психических заболеваниях. Сочетание обонятельных и вкусовых галлюцинаций и иллюзий, например при шизофрении, указывает на злокачественность течения последней и плохой прогноз.

Больная Х. длительное время отказывалась от еды, так как попавшая ей в рот пища была всегда «со вкусом несвежего трупного человеческого мяса».

Тактильные галлюцинации представляют собой ощущение прикосновения к телу чего-то горячего или холодного (термические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические), схватывания туловища со спины (гаптические), ползания по коже насекомых и мелких животных (наружная зоопатия), наличия под кожей «как бы насекомых и мелких животных» (внутренняя зоопатия).

Некоторые исследователи относят к тактильным галлюцинациям также симптом постороннего тела во рту в виде ниток, волос, тонкой проволоки, описанный при тетраэтилсвинцовом делирии. Этот симптом по существу является проявлением так называемых *рото -глоточных галлюцинаций.*

Тактильные галлюцинации весьма характерны для кокаиновых психозов, делириозного помрачении сознания различной этиологии, шизофрении. При последней тактильные галлюцинации нередко локализуются в области половых органов, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Больной У., страдавший алкоголизмом, неожиданно ночью проснулся от сильной боли в спине и к своему ужасу понял, что его собутыльники пытают его включенным в сеть электрическим утюгом, требуя признания о том, где он спрятал недопитую накануне бутылку водки.

Висцеральные галлюцинации выражаются в ощущении в полостях тела каких-то мелких животных или предметов (в желудке живут зеленые лягушки, в мочевом пузыре они разводят головастиков).

Больная Ц., жившая в сельской местности, была убеждена в том, что вместе с болотной водой она проглотила икринку лягушки, икринка превратилась в головастика, а затем и во взрослую лягушку. Около года больная ходила к единственному в поселке врачу с просьбой удалить лягушку оперативным путем. В конце концов уставший от ее визитов неопытный врач сымитировал операцию: больной дали наркоз, сделали разрез кожи по средней линии живота. Пока больная находилась под наркозом реальную лягушку посадили в банку и предъявили ее пришедшей в себя пациентке. Больная была счастлива несколько дней, но через неделю пришла к тому же врачу с заявлением о том, что жившая в ней ранее лягушка успела до операции выметать икру, и теперь больная вся «нафарширована» головастиками.

Функциональные галлюцинации возникают на фоне реального раздражителя и существуют до тех пор, пока действует этот раздражитель. Например, на фоне скрипичной мелодии пациент слышит одновременно и скрипку, и «голос». Как только смолкает музыка, прекращается и слуховое галлюцинирование. Другими словами, больной воспринимает параллельно и реальный раздражитель (скрипку), и голос императивного характера (что и отличает функциональные галлюцинации от иллюзий, так как здесь не происходит трансформации музыки в голоса). Выделяют зрительный, обонятельно-вкусовой, вербальный, тактильный и прочие варианты функциональных галлюцинаций.

Больной Ж. при шуме падающей воды в ванной комнате или при открытом кране на кухне слышал отборный мат соседа из квартиры этажом выше, направленный на больного. Эта «беседа» мгновенно прекращалась при

выключении воды. Больной, весьма недалекий человек, решил, что сосед-физик научился передавать свои мысли через воду.

Близки к функциональным **рефлекторные галлюцинации,** которые выражаются в том, что при воздействии на один анализатор они возникают с других, но существуют лишь во время раздражения первого анализатора.

Например, при взгляде на определенную картину больной испытывает прикосновение чего-то холодного и мокрого к пяткам (рефлекторные гигрические и термические галлюцинации). Но как только он отводит взгляд от этой картины, эти ощущения мгновенно исчезают.

Кинестетические (психомоторные) галлюцинации проявляются в том, что у больных возникает ощущение движения некоторых частей тела помимо их воли, хотя на самом деле движений нет. Встречаются при шизофрении в рамках синдрома психического автоматизма.

Больной Н. почувствовал, как на его первом в жизни свидании его бедра, помимо воли, стали фривольно вращаться.

Гипногогические и гипнопомпические галлюцинации появляются у больного перед засыпанием: на фоне закрытых глаз возникают различные видения, картины действия с включением других анализаторов (слухового, обонятельного и т.д.). Как только глаза открываются, видения мгновенно исчезают. Такие же картины могут появиться и в момент пробуждения, также на фоне закрытых глаз. Это так называемые *просоночные,* или *гипнопомпические,* галлюцинации.

Больная М. на фоне закрытых глаз в бодрствующем состоянии видела неподвижный портрет погибшего сына и умершего дяди, которые крутили пальцы у виска, намекая больной на ее психическое нездоровье.

Гипногогические и гипнопомпические галлюцинации часто бывают первым признаком начинающегося интоксикационного психоза, в частности алкогольного делирия.

Экстатические галлюцинации отмечаются в состоянии экстаза, отличаются яркостью, образностью, воздействием на эмоциональную сферу больного. Часто имеют религиозное, мистическое содержание. Могут быть зрительными, слуховыми, комплексными. Держатся длительное время, отмечаются при эпилептическом и истерическом психозах.

Галлюциноз — психопатологический синдром, который характеризуется выраженными обильными галлюцинациями на фоне ясного сознания. При острых галлюцинозах критического отношения к болезни у пациентов нет. При хроническом течении галлюциноза может появиться критика к галлюцинаторным переживаниям. Если периоды галлюциноза чередуются со светлыми промежутками (когда галлюцинации полностью отсутствуют), говорят о *психической диплопии.*

При ***алкогольном*** галлюцинозе отмечается обилие слуховых галлюцинаций, иногда сопровождаемых вторичными бредовыми идеями преследования. Наступает при хроническом алкоголизме, может проявляться в острой и хронической форме.

Больной Г. после длительного запоя вынужден был прекратить пить

водку из-за выраженной сердечной слабости. На второй день абстиненции вечером услышал скребущие звуки за дверью, подумал, что это мыши. Через некоторое время отчетливо услышал доносящийся из того же места мужской голос: «Это не мыши, а Миши, они приглашают тебя выпить на троих за то, что ты бросил пить». Больной с радостью согласился, сбегал на кухню за стаканом, открыл дверь в коридор, но никого там не обнаружил. Тот же голос довольно ехидно добавил: «Привык пить на халяву, гад». Далее следовала целая тирада ненормативной лексики. Разочарованный больной вернулся в комнату и снова услышал, как «Миши» зовут его выпить, слышал звук разливаемой по стаканам водки, как она булькает в горле одного из приятелей, даже почувствовал запах разливаемого напитка. Мгновенно выскочил в коридор, не забыв прихватить стакан побольше, но никого не обнаружил. Подобная беготня из комнаты в коридор длилась по существу целую неделю. В конце концов разозленный больной понял, что это «глюки», он купил бутылку водки и, когда «Миши» приглашали его выпить, говорил: «Вы пейте там, а я буду пить здесь». Он уже посмеивался над голосами, дерзил, говорил им, что на самом деле их нет, что они плод его «утомленного водкой» мозга.

Галлюциноз ***педункулярный*** возникает при локальном поражении ствола мозга в области третьего желудочка и ножек мозга вследствие кровоизлияния, опухоли, а также при воспалительном процессе указанных областей. Проявляется в виде движущихся цветных, микроскопических зрительных галлюцинаций, постоянно меняющих форму, величину и положение в пространстве. Они, как правило, появляются в вечернее время и не вызывают у больных страха или беспокойства. К галлюцинациям сохраняется критика.

Галлюциноз ***Плаута*** — сочетание вербальных (значительно реже зрительных и обонятельных) галлюцинаций с бредом преследования или воздействия при неизмененном сознании и частичной критикой. Эта форма галлюциноза описана при сифилисе мозга.

Галлюциноз ***атеросклеротический*** встречается чаще у женщин. При этом галлюцинации вначале являются изолированным, по мере углубления атеросклероза отмечается усиление характерных признаков: ослабление памяти, интеллектуальное снижение, безразличие к окружающему. Утрачивается критическое на первых этапах заболевания отношение к галлюцинациям. Содержание галлюцинаций чаще нейтральное, касается простых житейских дел. С течением атеросклероза галлюцинации могут принимать фантастический характер. Отмечается, как следует из названия, при церебральном атеросклерозе и при некоторых формах старческого слабоумия.

Галлюциноз ***обонятельный*** — обилие обонятельных, чаще неприятных галлюцинаций. Нередко сочетается с бредом отравления, материального ущерба. Отмечается при органической церебральной патологии и при психозах позднего возраста.

Нарушения сенсорного синтеза

В эту группу входят нарушения восприятия собственного тела, пространственных отношений и формы окружающей действительности. Они весьма близки к иллюзиям, но отличаются от последних наличием критики.

В группу нарушений сенсорного синтеза входят деперсонализация, дереализация, нарушения схемы тела, симптом уже виденного (пережитого) или никогда не виденного и т.д.

Деперсонализация — это убеждение больного в том, что его физическое и психическое «Я» каким-то образом изменились, но объяснить конкретно, что и как изменилось, он не может. Выделяют разновидности деперсонализации.

Соматопсихическая деперсонализация — больной утверждает, что изменилась его телесная оболочка, его физическое тело (кожа какая-то несвежая, мышцы стали желеобразными, ноги потеряли прежнюю энергичность и т.д.). Эта разновидность деперсонализации чаще встречается при органических поражениях головного мозга, а также при некоторых соматических заболеваниях.

Аутопсихическая деперсонализация — пациент ощущает измененность психического «Я»: стал черствым, индифферентным, равнодушным или, наоборот, гиперчувствительным, «душа плачет по незначительному поводу». Нередко он даже не может словесно объяснить свое состояние, просто констатирует, что «душа стала совершенно другой». Аутопсихическая деперсонализация весьма характерна для шизофрении.

Аллопсихическая деперсонализация — следствие аутопсихической деперсонализации, изменение отношения к окружающей действительности «уже измененной души». Больной ощущает себя как бы другим человеком, изменилось его мироощущение, отношение к близким, он утратил чувство любви, сострадания, сопереживания, долга, способность соучастия к прежде любимым друзьям. Очень часто аллопсихическая деперсонализация сочетается с аутопсихической, образуя единый симптомокомплекс, характерный для шизофренического спектра заболеваний.

К особому варианту деперсонализации относится так называемая *потеря массы тела.* Больные ощущают, как масса их тела неуклонно приближается к нулю, на них перестает действовать закон всемирного тяготения, вследствие чего их может унести в космос (на улице) или же они могут взмыть под потолок (в здании). Понимая разумом нелепость подобных переживаний, больные тем не менее «для спокойствия души» постоянно носят с собой в карманах или портфеле какие-либо тяжести, не расставаясь с ними даже в туалете.

Дереализация — это искаженное восприятие окружающего мира, ощущение его отчуждения, неестественности, безжизненности, нереальности. Окружающее видится как нарисованное, лишенное жизненных красок, однообразно-серое и одномерное. Меняются размеры предметов, они становятся маленькими (микропсия) или громадными (макропсия),

чрезвычайно ярко освещенными (галеропия) вплоть до появления ореола вокруг, окружающее окрашено в желтый (ксантопсия) или багрово-красный цвет (эритропсия), изменяется чувство перспективы (порропсия), форма и пропорции предметов, они кажутся как бы отраженными в кривом зеркале (метаморфопсия), перекрученными вокруг своей оси (дисмегалопсия), предметы удваиваются (полиопия), при этом один предмет воспринимается как множество его ксерокопий. Иногда отмечается бурное перемещение окружающих предметов вокруг больного (оптическая буря).

От галлюцинаций дереализационные расстройства отличаются тем, что здесь налицо реальный объект, а от иллюзий — тем, что, несмотря на искажение формы, цвета и размера, больной воспринимает этот объект как именно этот, а не какой-либо другой. Дереализация часто сочетается с деперсонализацией, образуя единый деперсонализационно-дереализационный синдром.

С известной долей условности к особой форме дереализации-деперсонализации можно отнести симптомы *«уже виденного» (deja vu), «уже пережитого» (deja vecu), «уже слышанного» {deja entendu), «уже испытанного» (deja eprouve), «никогда не виденного» (jamais vu)*. Симптом «уже виденного», «уже пережитого» заключается в том, что больной, впервые попавший в незнакомую обстановку, незнакомый город, абсолютно уверен, что уже переживал именно эту ситуацию в этом же месте, хотя разумом понимает: в действительности он здесь впервые и никогда раньше этого не видел. Симптом «никогда не виденного» выражается в том, что в совершенно знакомой обстановке, например в своей квартире, больной испытывает ощущение, что он здесь впервые и никогда ранее этого не видел.

Симптомы типа «уже виденного» или «никогда не виденного» кратковременны, длятся несколько секунд и нередко встречаются у здоровых людей в связи с переутомлением, недосыпанием, умственным перенапряжением.

Близок к симптому «никогда не виденного» симптом *«поворота объекта»*, встречающийся относительно редко. Он проявляется в том, что хорошо знакомая местность кажется перевернутой на 180 или более градусов, при этом у больного может наступить кратковременная дезориентировка в окружающей действительности.

Симптом *«нарушения чувства времени»* выражается в ощущении ускорения или замедления течения времени. Он не является чистым дереализационным, так как включает в себя и элементы деперсонализации.

Дереализационные расстройства, как правило, отмечаются при органическом поражении головного мозга с локализацией патологического процесса в области левой межпариетальной борозды. В кратковременных вариантах они отмечаются и у здоровых людей, особенно перенесших в детстве *«минимальную дисфункцию мозга» — minimal brain damage*. В ряде случаев дереализационные расстройства носят пароксизмальный характер и свидетельствуют об эпилептическом процессе органического генеза. Дереализация может отмечаться также при интоксикации психотропными

препаратами и наркотическими средствами.

Нарушение схемы тела (синдром Алисы в стране чудес, аутометаморфопсия) — это искаженное восприятие величины и пропорций своего тела или отдельных его частей. Больной чувствует, как начинают удлиняться его конечности, растет шея, голова увеличивается до размеров комнаты, туловище то укорачивается, то удлиняется. Иногда отмечается ощущение выраженной диспропорции частей тела. Например, голова уменьшается до размеров мелкого яблока, туловище же достигает 100 м, а ноги простираются до центра Земли. Ощущения изменения схемы тела могут выступать изолированно или в комплексе с другими психопатологическими проявлениями, но они всегда крайне тягостны для больных. Характерной особенностью нарушений схемы тела является их коррекция зрением. Посмотрев на свои ноги, больной убеждается, что они обычных размеров, а не многометровые; посмотрев на себя в зеркало, он обнаруживает нормальные параметры своей головы, хотя и испытывает ощущение, что голова в диаметре достигает 10 м. Коррекция зрением обеспечивает критическое отношение больных к указанным расстройствам. Однако при прекращении контроля зрением пациент вновь начинает испытывать мучительное чувство измененности параметров своего тела.

Нарушение схемы тела часто отмечается при органической патологии головного мозга.

3. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Мышление — это высшая форма психической деятельности человека, включающая в себя активную переработку чувственных ощущений и восприятия, т.е. это опосредованное отражение связей и отношений между предметами и явлениями объективного мира. В основе процесса мышления лежат такие операции, как анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение, классификация признаков. В результате этих операций образуются понятия и умозаключения.

Понятие является отражением в сознании человека общих закономерностей и качеств предметов и явлений. В понятие включается познание реальной внутренней сущности того или иного явления или предмета.

В зависимости от степени абстрагирования и обобщения понятия носят конкретный или абстрактный характер. Поэтому и выделяют конкретно-образное и абстрактное мышление. Наглядно-образное, чувственное или конкретное мышление связано со словесными образами конкретных предметов, непосредственно познаваемых при помощи органов чувств. При абстрактном мышлении мы обобщаем, т.е. улавливаем совокупность существенных признаков, которые характерны для данного явления, отбрасывая всякие для него несущественные, частные признаки. Таким образом, возникают абстрактные понятия, например «животные», «деревья», «подводный мир». Они отличаются от конкретных понятий, например «носорог», «береза», «акула».

Умозаключение возникает в результате сравнения нескольких суждений, их сопоставления и, таким образом, заканчивает собой процесс мышления в качестве окончательного вывода.

Физиологической основой мышления является, как известно, вторая сигнальная система (И.П.Павлов), отражающая на более высоком уровне не только прошлое и настоящее, но и предстоящее путем образования временных связей — ассоциаций. Мышление материализуется в речь. Именно поэтому путем анализа речевой продукции человека можно судить о наличии или отсутствии у него патологии мышления.

Расстройства мышления разделяются на патологию ассоциативного процесса и патологию суждения.

Патология ассоциативного процесса

Ускорение мышления выражается в том, что условно за единицу времени образуется больше ассоциаций, чем в норме, при этом страдает их качество. Быстро сменяющие друг друга образы, представления, суждения, умозаключения крайне поверхностны. Обилие и легкость новых ассоциаций, спонтанно возникающих от любого зрительного, звукового, обонятельного и других раздражителей, отражается в речевой продукции, которая может

напоминать так называемую пулеметную речь. От беспрерывного говорения больные иногда даже теряют голос или же он становится хриплым, шепотным.

Для этого варианта нарушения мышления характерна повышенная отвлекаемость, мешающая больному довести до конца любое начинание. В голове так много мыслей, что они нередко принимают характер ***скачки идей*** *(fuga idearum)*. При этом мыслительный процесс и речевая продукция как бы имитируют бессвязность. Однако если эту речь записать на магнитофон и воспроизвести в медленном темпе, то можно определить в ней некий смысл, цель, чего никогда не бывает при бессвязности мышления.

Другим вариантом ускорения темпа мышления является ***ментизм*** (мантизм), который представляет собой возникающий помимо воли больного наплыв мыслей. Поток образов, представлений, воспоминаний обрушивается на больного в таком стремительном темпе, что он не может справиться с ними, теряется от их обилия, чувствует себя беспомощным. Некоторые исследователи считают ментизм вариантом идеаторного автоматизма синдрома Кандинского — Клерамбо при шизофрении или при органических психозах.

Ускорение ассоциативного процесса является обязательной производной маниакального синдрома различного генеза (аффективные расстройства, шизофрения, наркомания и т.д.).

Замедление мышления проявляется в заторможенности и бедности ассоциаций. Наиболее выражено замедление ассоциативного процесса в абсолютно «пустой голове, в которой мысли вообще не появляются». На вопросы больные отвечают односложно и после длительной паузы (латентный период речевых реакций возрастает по сравнению с нормой в 7—10 раз). Подобное нарушение обычно характерно для депрессивного синдрома, но может отмечаться при апатических и астенических состояниях, а также при легких степенях помрачения сознания.

Полная остановка течения мыслей (***шперунг*** — термин немецких авторов, ***блокировка мыслей*** — англоговорящих) происходит, когда на фоне ясного сознания и при отсутствии галлюцинаций больной на какое-то время теряет нить беседы, при этом в голове возникает ощущение пустоты, он перестает говорить и как бы приходит в себя лишь через некоторое время. Это расстройство весьма характерно для шизофрении.

Насильственное мышление характеризуется тем, что в сознании больного помимо воли и желания возникают случайные, малозначимые для него мысли или поток мыслей, от которого он избавиться не может. В таком случае говорят о *«наплыве мыслей»,* или ментизме.

Патологическая обстоятельность мышления — это чрезмерная вязкость, тугоподвижность ассоциативного процесса, застревание на несущественных признаках, трудность переключения с одной темы на другую. Речь больных изобилует множеством ненужных деталей, так как они не в состоянии отличить главное от второстепенного, им кажется важной каждая мелочь или оттенок обсуждаемой проблемы. Кроме того, нередко речь приобретает особые интонации, растягиваются слова, используются уменьшительно-ласкательные суффиксы.

Патологическая обстоятельность особенно характерна для эпилепсии (так называемое *лабиринтное мышление),* однако возможна при травмах головного мозга, сосудистых психозах и других видах психической патологии.

Персеверация мышления — застревание на одних и тех же представлениях, выражается в постоянном повторении какого-то слова или группы слов. Обычно это — правильный ответ на первый заданный больному вопрос. На все последующие вопросы он дает тот же первичный ответ. Так, на вопрос: «Сколько вам лет?», больной правильно отвечает: «65». И далее: «Как вас зовут?» — «65», «Где вы живете» — «65» и т.д.

Это состояние (так называемые стоячие симптомы) весьма характерно для атрофических процессов головного мозга (болезнь Пика, болезнь Алцгеймера), но может отмечаться при травматических и сосудистых психозах.

Вербигерация — спонтанное и стереотипное повторение каких-то слов, звуков или простых предложений. Возникает непроизвольно, чаще отмечается при шизофрении.

Парциализация мышления — характерна только для шизофрении. Выражается в том, что, по мнению больных, мыслить могут абсолютно все части тела.

Больной Б. научился распределять мыслительный процесс по всему телу, «чтобы мозг отдыхал». Когда он встречался с неприятным для себя человеком, он думал только ягодицами, когда ему нравилась какая-нибудь девушка, он начинал думать половым членом, когда занимался физическим трудом, думали руки, спина и живот, при чтении думали глаза и мышцы шеи и т.д.

Резонерство — склонность к пустому, бесплодному рассуждательству с отсутствием конкретных идей. Крайнюю бессодержательность и бедность суждений больной облекает в грамматически правильную, но пространную, порой витиеватую словесную форму с использованием высокопарных выражений и обилием научных и философских терминов.

В качестве примера приведем высказывание больной С., математика по образованию, проходившей лечение по поводу приступа шизофрении:

«Если рассмотреть такое философское понятие, как личность и народ, можно прийти к следующему умозаключению: народ и личность неразрывно связаны между собой. Народ выдвигает из своих рядов личностей, которые развивают свой ум так, что додумываются до разрешения проблем, доселе неизвестных. В свою очередь, народ сам создает устное народное творчество, которое, в свою очередь, дает весомый вклад в разрешение законов жизни. Рассмотрим, например, труд Энгельса "Превращение обезьяны в человека", где он выдвигает идею — труд создал человека. А на протяжении многих веков человек придумал себе бога и даже бытовало понятие — бог создал человека. Так, можно отождествить: труд—бог. Аналогично рассуждая, можно прийти к выводу: мир—бог, свобода—бог и т.д.».

В англоговорящих психиатрических школах часто вместо термина «резонерство» используют понятия «интеллектуализация мышления» или «тангенциальное мышление».

Например, больной на вопрос врача о самочувствии отвечает: «Смотря

что вы имеете в виду под самочувствием. Оно зависит не только от магнитного возмущения земной коры, но и от солнечной активности, которая подчиняется более общим космическим законам, и количества "черных дыр" в нашем участке Млечного пути. Кроме того, мое самочувствие напрямую зависит от эмоционального состояния микроорганизмов, обитающих в моем кишечнике».

В норме нечто, формально напоминающее резонерство, называется демагогией. Наличие в мышлении резонерства обычно свидетельствует о несвежем шизофреническом процессе.

Символическое мышление присуще всем людям — и здоровым, и больным. Есть символы, которые понятны если не всем, то большинству. Например, белый халат — символ врача, черная одежда — символ траура. При патологии ассоциативного процесса в виде символического мышления символы всегда сугубо индивидуальны и понятны только самому больному.

Нет двух больных с одинаковой символикой. Источником символического мышления может быть любой предмет, сказанная кем-то нейтральная фраза, любой цвет одежды, явление природы. Например, больная 3. расценивала дождь как слезы Вселенной по поводу ее загубленной жизни, а красный цвет галстука — как намек на то, что она скоро будет гореть в «геене огненной». Символическое мышление также свидетельствует о несвежем шизофреническом процессе.

Больной Б. доказывал врачу, что на СССР напали американцы, они жгут напалмом наши города и деревни, убивают стариков и детей. Видя недоумение врача, он добавил: «Вот газета, где об этом подробно написано. Все, что здесь описано, относится к нам» (в газете крупными буквами было напечатано: Вьетнам). Первая часть этого слова больным отбрасывалась, а оставшаяся часть являлась символом того, что все изложенное (а статья была действительно о жестокости американских солдат, но не в нашей стране, а во Вьетнаме) относится непосредственно к нам.

Больной Ж. в состоянии психоза с особым пристрастием смотрел на номера телефонов во время телевизионной рекламы. Если в телефонном номере была цифра 8, это сулило ему счастье в настоящем и будущем. Цифра 2 предвещала горе, несчастье, тяжелую болезнь и неверность жены. Чтобы это не сбылось, нужно было в течение 5 с выключить «виновный» канал и не включать его ровно 5 ч.

Паралогическое мышление развивается по законам кривой логики и понятно только самому больному. В мышлении отсутствует логическая связь, выводы, к которым приходит больной, нелепы и неадекватны. Чаще всего отмечается при шизофрении.

Например, больной заявляет: «Я плохо вижу, так как за окном глубокая осень». Далее разъясняет: «Осень — это предтеча зимы, увядания и гибели растительного мира. У меня снизилось зрение, это признак старости. Значит, я скоро умру вместе со всеми растениями страны». Другой больной заявил, что он маленького роста, так как его росту помешали военные действия в Индонезии.

Разорванность мышления — это утрата логической связи между

представлениями, понятиями и идеями, хотя мысль при этом иногда облекается в правильную грамматическую форму. Например: «Богемность космической фантасмагории мешает замедлению учения Мичурина». Или: «Мечта сформировалась из остаточных продуктов полей орошения с завтрашним распределением крайней облачности над всей Испанией». Крайним вариантом разорванности является шизофазия или «словесная окрошка», когда речевая продукция выражается в не связанных между собой отдельных словах или простых предложениях с обилием неологизмов (новые слова, составленные из приставки одного и корня, суффикса или окончания другого слова).

Разорванность мышления типична для шизофрении.

Бессвязность мышления характеризуется полной хаотичностью и бессмысленностью ассоциативного процесса, речь состоит из отдельных, не связанных между собой слов. Несколько напоминая шизофазию, бессвязность отличается от нее тем, что всегда возникает на фоне нарушенного сознания, в частности при аменции любого генеза.

Патология суждения

К патологии суждения относятся навязчивые состояния, сверхценные, бредоподобные и бредовые идеи.

Навязчивые состояния (обсессии)

Так называют разнообразные мысли, влечения, страхи, сомнения, представления, непроизвольно вторгающиеся в сознание больного, который прекрасно понимает всю их нелепость и в то же время не может с ними бороться. Обсессии как бы навязываются человеку, избавиться от них усилием воли он не может.

Навязчивые мысли могут эпизодически появляться и у психически здоровых. Они часто связаны с переутомлением, иногда возникают после бессонной ночи и обычно носят характер навязчивых воспоминаний (какой-либо мелодии, строчки из стихотворения, числа, имени и т.д.).

Навязчивые явления условно разделяются на две группы:

отвлеченные, или ***аффективно-нейтральные,*** т. е. протекающие без аффективных реакций навязчивости — навязчивый счет, бесплодное мудрствование, навязчивые действия;

образные, или ***чувственные навязчивости,*** протекающие с выраженным аффектом — контрастные представления (хульные мысли, навязчивые чувства антипатии к близким людям, навязчивые влечения), навязчивые сомнения, навязчивые страхи (фобии) и т.д.

Навязчивый счет заключается в непреодолимом стремлении считать встречные машины определенного цвета, прохожих, светящиеся окна, собственные шаги и т.д.

Навязчивые мысли (бесплодное мудрствование) заставляют человека постоянно думать, например, о том, что было бы, если бы Земля по форме оказалась кубом, где в таком случае находился бы юг или север, или как бы передвигался человек, если бы у него было не две, а четыре ноги.

Навязчивые действия выражаются в непроизвольном, автоматическом выполнении каких-либо движений. Например, во время чтения человек механически накручивает на палец прядь волос или покусывает карандаш, или автоматически поедает одну за другой лежащие на столе конфеты.

Отвлеченные навязчивости, особенно навязчивые действия, часто встречаются не только у больных, но и у психически совершенно здоровых людей.

Навязчивые воспоминания проявляются в постоянном непроизвольном воспоминании какого-то неприятного, компрометирующего факта из жизни больного. Эта актуализация всегда сопровождается отрицательно окрашенными эмоциями.

Контрастные навязчивости включают в себя, как уже указывалось, хульные мысли, чувство антипатии и навязчивые влечения.

Хульные мысли — это навязчивые, циничные, оскорбительные представления в отношении определенных лиц, религиозных и политических деятелей, других людей, к которым больной в действительности относится с большим уважением или даже пиететом. Например, во время церковной службы у глубоко религиозного человека возникает непреодолимое желание выкрикнуть оскорбление в адрес Бога или ангелов. Или во время встречи первокурсников с ректором института у одного студента возникает непреодолимое желание крикнуть, что ректор — дурак. Это желание было столь интенсивным, что студент, зажав себе рот, пулей выскочил из актового зала. Хульные мысли всегда сопровождаются выраженным аффектом, они чрезвычайно тягостны для больных. Следует подчеркнуть, однако, что хульные мысли, как и все контрастные навязчивости, никогда не реализуются.

Навязчивое чувство антипатии заключается в том, что у больного помимо его желания возникает мучительно-непреодолимое чувство острой неприязни и ненависти к наиболее близким и любимым людям, например к матери или собственному ребенку. Эти навязчивости протекают с особенно выраженным аффектом страха.

Навязчивые влечения выражаются в появлении у пациента острого желания ударить уважаемого им человека, выколоть глаза своему начальнику, плюнуть в лицо первому встречному, помочиться на виду у всех.

Больной всегда понимает нелепость и болезненность этих влечений и всегда активно борется с их реализацией. Эти навязчивости протекают с выраженным страхом и тревожными опасениями.

Навязчивые сомнения — крайне неприятное тягостное чувство, которое переживает пациент, сомневаясь в законченности того или иного действия. Так, врач, выписавший больному рецепт, длительное время не может избавиться от постоянно гложущего его сомнения в том, правильно ли он в рецепте указал дозу, не будет ли эта доза смертельной и т.д. Люди с навязчивыми сомнениями,

уходя из дома, неоднократно возвращаются, чтобы проверить, выключен ли газ или свет, хорошо ли закрыт кран в ванной комнате, плотно ли закрыта дверь и т.д. Несмотря на многочисленные проверки напряженность сомнений не снижается.

Овладевающие представления — это принятие неправдоподобного за действительность вопреки сознанию. На высоте развития овладевающих представлений критическое отношение к ним и осознание их болезненности исчезают, что сближает такие расстройства со сверхценными идеями или бредом.

Навязчивые страхи (фобии) — мучительное и чрезвычайно интенсивное переживание чувства боязни тех или иных обстоятельств или явлений при критическом отношении и попытках бороться с этим чувством. Фобий достаточно много. Наиболее часто встречаются:

Агорафобия — навязчивый страх открытых пространств (площадей, улиц).

Акрофобия (гипсофобия) — навязчивый страх высоты, глубины.

Алгофобия — навязчивый страх боли.

Антропофобия — навязчивый страх контактов с людьми вообще, независимо от пола или возраста.

Астрофобия — навязчивый страх грома (молнии).

Вертигофобия — навязчивый страх головокружения.

Вомитофобия — навязчивый страх рвоты.

Гелиофобия — навязчивый страх солнечных лучей.

Гематофобия — навязчивый страх крови.

Гидрофобия — навязчивый страх воды.

Гинекофобия — навязчивый страх контактов с женщинами.

Дентофобия — навязчивый страх зубных врачей, стоматологического кресла и инструментов.

Зоофобия — навязчивый страх контактов с животными.

Кайтофобия — навязчивый страх перемены обстановки.

Клаустрофобия — навязчивый страх замкнутых пространств, помещений (квартира, лифт и т.д.).

Ксеноскопофобия — навязчивый страх чужого взгляда.

Мизофобия — навязчивый страх загрязнения.

Некрофобия — навязчивый страх мертвых, трупов.

Никтофобия — навязчивая боязнь темноты.

Нозофобия — навязчивый страх заболеть (СПИДофобия — страх заболеть СПИДом, кардиофобия — страх любого сердечнососудистого заболевания, канцерофобия — страх заболеть онкологическим заболеванием, сифилофобия — страх заболеть сифилисом, фтизиофобия — страх заболеть туберкулезом легких, в том числе — чахоткой).

Оксифобия — навязчивый страх острых предметов.

Перофобия — навязчивый страх священников.

Петтофобия — навязчивый страх общества.

Ситиофобия (октофобия) — навязчивый страх приема пищи.

Сидеродромофобия — навязчивый страх езды в поезде.

Танатофобия — навязчивый страх смерти.

Трискайдекфобия — навязчивый страх числа 13.

Тафефобия — навязчивый страх быть погребенным заживо.

Урофобия — навязчивый страх неодолимого позыва к мочеиспусканию.

Фобофобия — навязчивый страх страха у человека, когда-либо пережившего эпизод навязчивого страха, это страх повторения фобии.

Хроматофобия — навязчивый страх ярких красок. Существует множество других, менее известных фобий (всего их более 350 видов).

Фобии всегда сопровождаются выраженными вегетативными реакциями вплоть до возникновения панических состояний. Тогда же, на высоте страха может на некоторое время исчезать критическое отношение к фобиям, что усложняет дифференциальную диагностику навязчивостей от бредовых идей.

Больной И., 34 лет, страдающий синдромом раздраженной толстой кишки (психогенный понос + психогенная боль в толстой кишке), длительное время подозревал, что его проблемы со стулом обусловлены раком толстой кишки (канцерофобия) или сифилитическим поражением (сифилофобия), или СПИДом (спидофобия). По поводу подозреваемых заболеваний неоднократно обследовался в соответствующих медицинских учреждениях, несмотря на негативные результаты анализов, врачам не верил. Лечился у ясновидящих, знахарок, которые охотно подтверждали его подозрения, пока он был в состоянии платить. Попав в санаторное отделение психиатрической больницы, он каждый день просил, чтобы лекарство набирали в одноразовый шприц при его присутствии, так как панически боялся заразиться СПИДом через шприц.

Ритуалы — навязчивые действия, которые больной осознанно вырабатывает как необходимую защиту (своеобразное заклинание) от доминантной обсессии. Эти действия, имеющие значение заклинания, производятся, несмотря на критическое отношение к навязчивостям, с целью защиты от того или иного мнимого несчастья.

Например, при агорофобии больной перед выходом из дома совершает какое-то одно действие — в определенном порядке переставляет книги на столе или несколько раз поворачивается вокруг оси, или совершает несколько прыжков. При чтении человек регулярно пропускает десятую страницу, ибо это возраст его ребенка, пропуск же соответствующей страницы «предохраняет» ребенка от болезней и смерти.

Ритуалы могут выражаться в воспроизведении больным вслух, шепотом или даже мысленно какой-либо мелодии, известной поговорки или стихотворения и т.д. Характерно, что после совершения подобного обязательного обряда (ритуала) наступает относительное спокойствие, и больной может на время преодолеть доминантную навязчивость. Другими словами, ритуал — это второстепенная навязчивость, сознательно вырабатываемая больным как метод борьбы с основными обсессиями. Поскольку ритуалы являются по своему содержанию навязчивым действием, больной обычно не в состоянии преодолеть потребность в его совершении. Иногда ритуалы приобретают характер сделанности (явления психического

автоматизма) или кататонических стереотипии.

Навязчивые состояния нельзя отнести только к патологии мышления, так как при них, особенно при образных обсессиях, значительно выражены и эмоциональные расстройства в виде страха и тревожных опасений. В связи с этим вспомним, что в свое время еще С.С.Корсаков, а до него Ж.Морель, утверждали, что при навязчивых состояниях страдает как интеллектуальная, так и эмоциональная сфера.

Навязчивые состояния отличаются от сверхценных и бредовых идей тем, что больной критически относится к своим навязчивостям, расценивая их как нечто чуждое его личности. Кроме того, и это чрезвычайно важно, он всегда пытается бороться со своими обсессиями.

Навязчивые идеи иногда могут перерастать в бредовые представления или по крайней мере — быть источником последних (В.П.Осипов). В отличие от бреда навязчивости обычно имеют непостоянный характер, возникают эпизодически, как бы приступами.

Навязчивые состояния часто встречаются при неврозах (особенно при неврозе навязчивых состояний), психопатиях *тормозимого* круга, аффективных расстройствах (главным образом при депрессиях) и при некоторых психозах (например, при неврозоподобной шизофрении).

Сверхценные идеи

Сверхценными (доминирующими, гиперквантивалентными) считаются чрезвычайно эмоционально заряженные и правдоподобные идеи, не носящие нелепый характер, но имеющие по каким-то причинам огромное значение для пациента. Это ошибочные либо односторонние суждения или группа суждений, которые вследствие своей резкой аффективной окраски получают перевес над всеми остальными идеями и доминируют в течение длительного времени.

Они вытекают обычно из реальных событий, и им придается гиперквантивалентная значимость. Весь строй мыслей и чувств подчинен одной сугубо субъективной идее. Творческие увлечения (особенно в грубо утрированной форме) людей с художественным складом личности несколько напоминают сверхценные идеи.

Примером сверценных идей может быть открытие или изобретение, которому автор придает неоправданно большое значение. Он в категорической форме настаивает на немедленном внедрении его в практику не только в предполагаемой сфере, но и в смежных областях. Несправедливое, по убеждению больного, отношение к его творчеству вызывает ответную реакцию, которая превалирует в его сознании; внутренняя переработка больным ситуации не уменьшает, а, наоборот, усиливает остроту и аффективный заряд переживания. Как правило, это ведет к кверулянтной борьбе (сутяжничеству), предпринимаемой больным с целью восстановления «справедливости».

Пациент, в детстве писавший стихи, одно из которых даже опубликовали в районной газете, начинает считать себя незаурядным, самобытным поэтом, вторым Есениным, которого игнорируют и не печатают из-за зависти и

«окружающего недоброжелательства». Вся его жизнь по существу превратилась в цепь последовательных доказательств своей поэтической одаренности. Больной постоянно говорит не о поэзии, а о своем месте в ней, носит как доказательство свое когда-то опубликованное стихотворение и не к месту его декламирует, легко отбрасывает все контраргументы собеседников. Будучи фанатиком своей поэзии, он во всех остальных аспектах жизни выявляет совершенно адекватный стиль существования.

Сверхценными могут быть не только идеи собственной значимости, но и ревности, физического недостатка, сутяжничества, недоброжелательного отношения, материального ущерба, ипохондрической фиксации и т.д.

При благоприятной для пациента ситуации сверхценные идеи постепенно тускнеют, теряют эмоциональную насыщенность (напряженность) и дезактуализируются. Но при неблагоприятном развитии событий, в частности при хронической стрессовой ситуации, сверхценные идеи могут превращаться в бред.

От обсессий сверхценные идеи отличаются отсутствием чувства навязчивости и чуждости, от бреда — тем, что при свехценной идее происходит запоздалое патологическое преобразование естественной реакции на реальные события. Сверхценные идеи часто встречаются при психопатиях (особенно при паранойяльной форме), но они могут формироваться и в структуре психотических состояний.

Бредовые идеи

Бред — это неправильное, ложное умозаключение, имеющее колоссальное значение для больного, пронизывающее всю его жизнь, всегда развивающееся на патологической почве (на фоне психического заболевания) и не подвергающееся психологической коррекции извне.

Содержание бредовых высказываний душевно больных, как правило, отражает идеологическое учение эпохи, социальные отношения, уровень культуры, научные и технические достижения общества.

По тематике переживаний или по содержанию бред делится на три группы: персекуторный бред, бредовые идеи величия, бредовые идеи самоуничижения (или группа депрессивного бреда).

В группу **персекуторного бреда** входит собственно ***бред преследования*:** больной стойко убежден в том, что его постоянно преследуют люди из «определенных организаций». С целью избежать слежки, «избавиться от хвоста» они мгновенно меняют один вид транспорта на другой, на полном ходу выскакивают из трамвая или автобуса, в последнюю секунду перед автоматическим закрытием дверей покидают вагон в метро, «квалифицированно заметают следы», но тем не менее постоянно чувствуют себя жертвой охоты. Ибо «его постоянно ведут».

Больной Х. в течение полугода исколесил всю страну (так называемая бредовая миграция), пытаясь избавиться от «слежки», постоянно менял поезда и направления, высаживался на первой попавшейся станции, но по голосу

диктора вокзала, по выражению лица дежурного милиционера или случайного прохожего понимал, что его «сдали одни и приняли другие преследователи».

В круг преследователей входят не только сотрудники по работе, родственники, но и совершенно посторонние, незнакомые люди, а иногда даже домашние животные и птицы (синдром Дулитл).

Бред отношения выражается в том, что больной убежден в плохом к нему отношении со стороны окружающих, которые осуждают его, презрительно посмеиваются, особым образом «перемигиваются», насмешливо улыбаются. По этой причине он начинает уединяться, перестает посещать общественные места, не пользуется транспортом, так как именно в обществе людей особенно остро чувствует недоброжелательное к себе отношение.

Разновидностью бреда отношения является ***бред особого смысла*** или ***особого значения,*** когда тривиальные события, явления или детали туалета больной трактует роковым для себя образом.

Так, больной Ц., увидев врача в ярком галстуке, решил, что это намек на то, что его скоро публично повесят и сделают из его казни «яркое шоу».

Бред отравления — стойкое убеждение больного в том, что его хотят отравить, с этой целью в пищу постоянно подсыпают яд или дают смертельные таблетки (уколы) под видом лекарств, подмешивают цианистый калий в кефир или молоко уже в магазине. По этой причине больные отказываются от еды, приема лекарств, активно сопротивляются проведению инъекций. В домашних условиях они питаются тем, что приготовят сами, или консервами в металлической упаковке.

Больная К. отказывалась от еды, так как медсестры, по ее словам, травят больных, подсыпая яд в пищу, чтобы освободить места для следующей партии больных.

Бред сутяжничества (кверулянтский бред) проявляется в упорной борьбе по отстаиванию своих якобы попранных прав. Больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества документов. Этот вид бреда характерен для шизофрении и некоторых форм психопатий.

Бред материального ущерба связан со стойкой убежденностью больного в том, что его постоянно обворовывают соседи по лестничной площадке или подъезду. «Кражи» обычно маломасштабны, они касаются мелких предметов (чайная ложка или старая полуразбитая чашка), старой одежды (ветхий халат, используемый в качестве половой тряпки), продуктов (исчезло три кусочка сахара или несколько глотков пива из бутылки). У больных с подобным бредом в квартире, как правило, двойные металлические двери с несколькими сложными замками, а нередко и с мощным засовом. Тем не менее стоит им отлучиться из квартиры на несколько минут, как при возвращении они обнаруживают следы «воровства» — то украли кусок хлеба, то «откусили» яблоко или унесли старую половую тряпку.

Больные, как правило, обращаются за помощью в милицию, пишут многочисленные жалобы на «соседей-воров» в органы правопорядка, товарищеские суды, депутатам. Иногда бред материального ущерба логически

вытекает из бреда отравления — травят, чтобы завладеть имуществом, квартирой, дачей. Бред материального ущерба особенно характерен для пресенильных и сенильных психозов.

Бред воздействия — это ложная убежденность больного в том, что на него на расстоянии действуют гипнозом, телепатией, лазерными лучами, электрической или ядерной энергией, компьютером и т.д. с целью управления его интеллектом, эмоциями, движениями для выработки «нужных поступков». Особенно часто встречается бред психического и физического воздействия, входящие в структуру так называемых психических автоматизмов при шизофрении.

Больная Т. была убеждена в том, что на нее в течение 20 лет воздействуют «восточные мудрецы». Они читают ее мысли, заставляют работать ее мозги и пользуются результатами ее «духовной интеллектуальной работы», потому что «они хотя и мудрецы, но круглые идиоты и сами ни на что не способны». Они и мудрость черпают у больной. Кроме того, на нее воздействуют все люди неславянской внешности, они по собственному желанию изменяют стиль ее мышления, путают в голове мысли, управляют ее движениями, устраивают ей неприятные сновидения, насильственно заставляют вспоминать самые неприятные моменты ее жизни, устраивают болевые ощущения в сердце, желудке, кишечнике, устроили ей «стойкий запор», они же «устраивают ей разную степень красоты, делая ее то красавицей, то уродиной».

Отмечается также бред положительного воздействия: на больного влияют ангелы, они улучшают или исправляют его судьбу, чтобы после смерти он предстал перед Богом в более выгодном свете. Иногда больные сами могут воздействовать на окружающих людей или предметы. Так, больной Б. через телевизор устанавливал контакт со спутниками и таким образом мог видеть «недоступные каналы» с сексуальной тематикой.

Бред инсценировки — восприятие реальной обстановки как «ненастоящей», подстроенной специально, при этом вокруг пациента разыгрывается спектакль, лежащие вместе с ним больные — это переодетые сотрудники спецслужб, других карательных организаций или же «подрабатывающие из-за бедности актеры».

Больная Ц., будучи в психозе и находясь в остром отделении психиатрической больницы, считала, что она находится «в застенках КГБ», больные и врачи вокруг на самом деле являются переодетыми актерами, которые специально для нее разыгрывают какой-то непонятный спектакль, любой вопрос врачей воспринимала как допрос, а инъекции лекарств как пытку с пристрастием.

Бред обвинения — болезненная убежденность больного в том, что окружающие люди постоянно обвиняют его в различных преступлениях, авариях, катастрофах и трагических происшествиях. Пациент вынужден все время оправдываться, доказывать свою невиновность и непричастность к тем или иным преступлениям.

Бред ревности — больному начинает казаться, что его жена без всякой

на то причины становится безразличной к нему, что она получает подозрительные письма, заводит в тайне от него новые знакомства с большим количеством мужчин, приглашает их в гости в его отсутствие. Страдающие этим бредом во всем видят следы измены, постоянно и "пристрастно проверяют постельное и нижнее белье супруги (супруга). Находя какие-либо пятна на белье, расценивают это как абсолютное доказательство измены. Для них характерна крайняя подозрительность, тривиальные поступки супруги (супруга) интерпретируются как признак развращенности, похотливости. Бред ревности типичен для хронического алкоголизма и некоторых алкогольных психозов, он подкрепляется снижением потенции. Впрочем эта патология может отмечаться и при других психических расстройствах. Иногда бред ревности носит весьма нелепый характер.

86-летний больной, страдавший сенильным психозом, ревновал свою супругу примерно того же возраста к четырехлетнему мальчику из соседней квартиры. Бред ревности (супружеской неверности) у него достигал такой степени, что он зашивал жену на ночь в мешок из простыней. Тем не менее по утрам он находил, что супруга (кстати, еле передвигавшая ноги) ночью «расшилась, сбегала к любовнику и снова зашилась». Доказательство он видел в другом оттенке белых ниток.

Иногда в бред ревности включаются не супруги, а любовники, любовницы. При этом варианте расстройств больной ревнует любовницу к ее мужу, совершенно не обращая внимание на реальную измену собственной жены. Бред ревности, особенно при хроническом алкоголизме, нередко приводит к правонарушениям в виде убийства жены (мужа), мнимых любовников (любовниц) или кастрации.

Бред колдовства, порчи — болезненная убежденность больного в том, что его околдовали, навели порчу, сглазили, занесли какую-то тяжелую болезнь, отняли здоровье, заменили «здоровое биополе на болезненное», «навели черную ауру». Такой бред следует отличать от обычного заблуждения суеверных людей и культуральных особенностей различных групп населения.

Больная С. вспомнила, что ежедневно покупала хлеб в булочной, где продавцом была хмурая женщина с поразительно острым взглядом. Больная внезапно поняла, что ее сглазила и отняла все здоровье эта продавщица. Не зря она стала в последние дни здороваться с С. и «подобрела» — «вероятно, мое здоровье, которое она у меня отняла, ей очень хорошо подошло».

Бред одержимости выражается в убежденности больного, что в него вселилось какое-то другое живое существо («нечистая сила», черт, оборотень, вампир, бес, божество, ангел, другой человек). При этом больной не теряет своего «Я», хотя может утрачивать власть над собственным телом, в любом случае в его теле сосуществуют (мирно или немирно) два разных создания. Этот вид бреда относится к архаическим бредовым расстройствам и нередко комбинируется с иллюзиями и галлюцинациями.

Больная Л. утверждала, что в нее вселился Кристи (уменьшительно-ласкательное от слова Иисус Христос в английском варианте). Он находился внутри ее тела и управлял ее движениями, по возможности контролировал ее

мысли и потребности. Совместная мирная жизнь длилась недели две, после чего он стал выходить из больной по ночам и изменял ей с другими женщинами. С этим больная смириться не могла и ежедневно, дождавшись его возвращения, устраивала ему скандалы, не особенно стесняясь в выражениях. Вскоре Кристи это надоело и он предложил больной улететь с ним в рай, «где не принято ревновать и ругаться». Для этого ей надо было выйти на балкон девятого этажа и прыгнуть вниз. Кристи должен был подхватить ее на свои крылья на уровне восьмого этажа и вознестись. Больная пыталась выброситься с балкона, но была задержана соседкой. В психиатрической больнице она, естественно, находилась в женском отделении и постоянно страдала от невероятной ревности, потому что Кристи стал выходить из нее не только ночью и изменял ей со всеми более менее симпатичными больными, которым пациентка предъявляла претензии, обзывала их, пыталась бить. Больная всегда четко отделяла себя от Кристи, знала, когда он в ней, а когда выходил «распутничать».

Бред метаморфозы проявляется у больного, который полагает, что он превратился в какое-то одушевленное живое существо (зооантропия), например в волка, медведя, лису, лебедя, журавля или в другую птицу. При этом больной теряет свое «Я», не помнит себя человеком и, как животное, в которое он превратился, воет, рычит, угрожающе скалит зубы, кусается, визжит, бегает на четвереньках, «летает», воркует, клюет окружающих, лакает пищу и т.д. В последнее время в связи с появлением большого количества фильмов и книг о Дракуле и его сообщниках стал весьма актуальным *бред вампиризма,* когда больной убежден, что он по каким-то причинам превратился в вампира и начинает вести себя как вампир. Однако в отличие от своего литературного или кинематографического брата он никогда не нападает на других людей и тем более не убивает их. Больной с соответствующим бредом достает кровь или в медицинских учреждениях, или, подвизавшись около бойни, пьет кровь только что забитых животных.

Значительно реже превращение осуществляется в неодушевленный предмет.

Больной К., «ставший электровозом», пытался подзарядиться энергией из электророзетки и только чудом остался жив. Другой больной, превратившийся в паровоз, грыз каменный уголь и пытался передвигаться на четвереньках по рельсам, издавая паровозные гудки (он жил недалеко от железнодорожной станции).

Бред интерметаморфозы часто сочетается с бредом инсценировки и проявляется убежденностью в том, что окружающие люди подверглись значительным внешним и внутренним изменениям.

Бред положительного двойника отмечается, когда больной совершенно незнакомых ему людей считает своими родственниками или друзьями, а внешнее несходство объясняет удачным гримом. Так, больная Д. считала, что ее сына и мужа «похитили чеченцы», а чтобы она не переживала, «подсунули» ей их профессионально загримированных двойников.

Бред отрицательного двойника проявляется в том, что своих

родственников и друзей больной считает совершенно незнакомыми, чужими людьми, специально загримированными под его близких. Так, больной Х., жену которого якобы убили бандиты и взамен «внедрили» в семью ее копию, относился к последней с сочувствием, жалел ее, каждый вечер ласково уговаривал пойти в милицию и «во всем признаться».

Бред тугоухих и бред иноязычного окружения — частные разновидности бреда отношения. Первый отмечается при дефиците вербальной информации при снижении слуха, когда больной убежден, что окружающие постоянно говорят о нем, критикуют и осуждают его. Второй встречается достаточно редко, он может проявиться у человека в иноязычном окружении в виде убежденности, что окружающие негативно о нем отзываются.

Бред чужих родителей выражается в том, что биологические родители, по мнению больного, являются подставными или просто воспитателями или двойниками родителей. «Действительные» же родители занимают важные посты в государстве или являются выдающимися, но законспирированными шпионами, скрывающими до поры до времени свои родственные связи с больным.

Больной Ч. считал, что в возрасте двух месяцев его похитили «советские подданные», которые и стали формально его родителями. Подлинные же его родители — ближайшие родственники королевы Великобритании. К советским родителям относится пренебрежительно, как к людям, которые обязаны его обслуживать. В школе учился плохо, с трудом окончил шесть классов. Однако в больнице утверждал, что по «саундальной связи» (неологизм от анг. *sound* — звук) он окончил Кембриджский университет, официально работает советником американского президента Картера по кремлевским вопросам. Часто «путем геоперехода» (неологизм) бывает в США, ему не нужны никакие самолеты. Несколько раз реально пытался проникнуть на территорию английского посольства с идеями о своих близких родственных связях с королевой Великобритании. Во всех своих неудачах обвиняет «советских воспитателей» (т.е. родителей), отношение к которым со временем становится все более негативным. «Высокомерная снисходительность» к ним в начале болезни сменилась откровенной агрессией.

Бредовыми идеями величия называют группу расстройств, в которую входит бред высокого происхождения, бред богатства, бред изобретательства, реформаторский бред, любовный, или эротический, бред, а также альтруистический и манихейский бред.

Бред высокого происхождения заключается в том, что больной непоколебимо убежден в своей принадлежности к знатному роду, известному если не всему миру, то всей стране, что он сын важного государственного деятеля, популярной кинозвезды или имеет внеземное космическое происхождение.

Больная, родившаяся в Крыму, была уверена в том, что она является последней из рода Данте, так как один из родственников поэта в свое время жил там же.

Другой больной утверждал, что он — плод насильственной любви

инопланетянина и земной женщины, происходящей, в свою очередь, от Иисуса Христа.

Еще один больной утверждал, что он потомок внебрачного сына Николая II и на этом основании претендовал на российский престол.

Уже неоднократно упоминавшийся больной Ж. был убежден, что по мужской линии он потомок пророка Мухаммеда, более того — самый гениальный за всю историю человечества. Он способен продуцировать великие идеи по переустройству экономической и политической жизни России. Специально, чтобы улавливать эти неосознанные еще им самим гениальные идеи, в космос отправляются русские космонавты, ибо эти идеи становятся понятными только вне Земли. Американские же астронавты летают для того, чтобы «заглушить» эти мысли, сами же понять и тем более реализовать их они не в состоянии.

Бред богатства — это ложная убежденность человека в том, что он богат. Этот бред может быть правдоподобным, когда объективно нищий утверждает, что на его счету в банке 5 тыс. рублей, и нелепым, когда больной уверен, что все алмазы мира принадлежат ему, что у него несколько сделанных из золота и платины домов в разных странах, которые также являются его собственностью. Так, Ги де Мопассан уже перед самой смертью утверждал, что семья Ротшильдов оставила все свои капиталы именно ему.

Бред изобретательства — больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, нашел лекарство от всех неизлечимых болезней, вывел формулу счастья и вечной молодости (средство Макропулоса), открыл все недостающие химические элементы в таблице Менделеева.

Больной Ф., проведя два часа в очереди за мясом, изобрел формулу искусственного мяса. Формула состояла из химических элементов ($C_{38}H_2O_{15}$), находящихся в воздухе, поэтому он предлагал «штамповать мясо прямо из атмосферы», «чтобы навсегда решить проблему голода на Земле». С этой идеей он начал ходить по разным инстанциям, пока не угодил в психиатрическую больницу.

Реформаторский бред связан с уверенностью больного в своей способности преобразовать существующий мир путем, например, изменения скорости вращения Земли вокруг своей оси и общего изменения климата в благоприятную сторону. Реформаторство нередко имеет политическую подоплеку.

Больная Ц. утверждала, что на южном и северном полюсах нашей планеты нужно одновременно взорвать по водородной бомбе. В результате изменится скорость вращения Земли вокруг своей оси, в Сибири (больная из Сибири) будет тропический климат и станут произрастать ананасы и персики. То что от таяния ледников многие страны будут затоплены, больную совершенно не волновало. Главное — что в ее любимой Сибири наступит жара. С этой идеей она неоднократно обращалась в Сибирское отделение Академии наук, а когда ее «не поняли», приехала в Москву.

Любовный, эротический бред проявляется в патологической убежденности больного в том, что его на расстоянии любит известный человек,

который выражает свои чувства цветом одежды, многозначительными паузами во время теледебатов, тембром голоса, жестикуляцией. Больные обычно преследуют предмет своего обожания, вторгаются в его личную жизнь, тщательно изучают распорядок дня и часто устраивают «неожиданные встречи». Нередко любовный бред сопровождается бредом ревности, что может привести к определенным правонарушениям. Иногда эротический бред принимает откровенно нелепые формы. Так, больной Ц., страдающий прогрессивным параличом, утверждал, что все женщины мира принадлежали ему, что от него родилось все население Москвы.

Альтруистический бред (или бред мессианства) содержит идею возложенной на больного высокой миссии политического или религиозного характера. Так, больной Л. считал, что в него вселился святой дух, после чего он стал новым Мессией и должен объединить в одно целое добро и зло, создать на основе христианства новую, единую религию.

Некоторые исследователи относят к группе бреда величия и так называемый ***манихейский бред*** (манихейство — мистическое, религиозное учение о вечной и непримиримой борьбе добра и зла, света и тьмы). Больной с таким бредом уверен, что он находится в центре этой борьбы, которая ведется за его душу и проходит через его тело. Этот бред сопровождается экстатическим настроением и одновременно выраженным страхом.

Нередко бред величия бывает комплексным и сочетается с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами.

Больной О. считал, что он является одновременно Тринадцатым Имамом, князем Карабахским, Иудейским царем Иродом, Князем тьмы, Иисусом Христом, воплощением 26 бакинских комиссаров и малого и большого сатаны. В то же время он — предтеча всех богов и религий. Сообщил также, что в возрасте одного года, играя в кубики, он создал государство Израиль. Об этом ему сказали инопланетяне, обосновавшиеся в его голове. Через его голову они учатся управлять всей планетой. Уверен, что за его голову борются лучшие разведки мира.

Бред самоуничижения (депрессивный бред) заключается в умалении больным своего достоинства, способностей, возможностей, физических данных. Больные убеждены в своей ничтожности, убожестве, никчемности, недостойности даже называться людьми, по этой причине они сознательно лишают себя всех человеческих удобств — не слушают радио и не смотрят телевизор, не пользуются электричеством и газом, спят на голом полу, питаются объедками из мусорного бака, даже в мороз носят минимум одежды. Некоторые пытаются, как Рахметов, спать (лежать, сидеть) на гвоздях.

Эта группа психических расстройств включает в себя бред самообвинения (греховности, виновности), ипохондрический бред во всех его вариантах и бред физического недостатка.

Бред самоуничижения в чистом виде почти не встречается, он всегда тесно связан с бредом самообвинения, составляя единый бредовой конгломерат в рамках депрессивных, инволюционных и старческих психозов.

Бред самообвинения (греховности, виновности) выражается в том, что

больной постоянно обвиняет себя в мнимых проступках, непростительных ошибках, грехах и преступлениях против отдельных личностей или группы людей. Ретроспективно он оценивает всю свою жизнь как цепь «черных деяний и преступлений», он обвиняет себя в болезнях и смерти близких друзей, родственников, соседей, считает, что за свои проступки заслуживает пожизненного заключения или медленной казни «четвертованием». Иногда больные с подобной патологией прибегают к самонаказанию членовредительством или даже самоубийству. В основе самооговоров также может быть данный вид патологии (вспомним самооговор Сальери, который якобы отравил Моцарта). Бред самообвинения возникает чаще всего на фоне депрессии и, следовательно, отмечается при аффективно-бредовой патологии (маниакально-депрессивный психоз, пресенильные и старческие психозы и т.д.). Так, больная Н., в прошлом партийный функционер сельского масштаба, в возрасте 70 лет стала обвинять себя в том, что только по ее вине распался Советский Союз, ибо она «отвлекалась на семью и работала на партийной должности не с полной отдачей».

Бред физического недостатка (бред Квазимоды), называют также дисморфофобическим. Больные убеждены в том, что их внешность уродует какой-либо дефект (оттопыренные уши, некрасивый нос, микроскопические глаза, лошадиные зубы и т.д.). Этот дефект, как правило, касается видимой, нередко практически идеальной или обычной части тела. Петтофобический вариант этого бреда — убеждение больного в том, что из него постоянно выходят кишечные газы или другие неприятные запахи. Нередко при бреде физического недостатка больные прибегают к самооперациям, при этом иногда погибают от кровотечения.

Бред физического недостатка встречается при психозах, дебютирующих в подростковом или юношеском возрасте (в частности, при шизофрении).

Больная Г., считавшая свой нос уродливо широким, старалась сузить его самостоятельно, ибо врачи отказались проводить пластическую операцию. С этой целью она ежедневно надевала на нос бельевую прищепку на 6 часов.

Ипохондрический бред — это патологическая убежденность в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания или дисфункции какого-либо внутреннего органа. Больные проходят многочисленные анализы на СПИД, рак, проказу, сифилис, требуют от врача все новых и новых «солидных» консультаций, но любая консультация оставляет у них острое чувство неудовлетворенности и твердую убежденность в наличии неизлечимого заболевания.

Если в основе ипохондрического бредового переживания лежат сенестопатии или какие-то ощущения, исходящие из внутренних органов, такой бред называется *катастезическим.* Нередкой разновидностью ипохондрического бреда является так называемый *нигилистический бред,* или *бред отрицания.* Больные говорят о том, что у них атрофировалась печень, кровь «затвердела», сердца нет вообще, так как « в груди ничего не бьется», мочевыводящий канал растворился, поэтому моча не выделяется, а всасывается обратно в организм, отравляя его. Бред отрицания — важная составная часть синдрома Котара, встречается при инволюционных и старческих психозах,

шизофрении и тяжелых органических заболеваниях головного мозга.

Больная К. утверждала, что у нее уже три года нет стула, потому что весь кишечник сгнил. Другая объясняла свое плохое самочувствие и слабость тем, что у нее в организме осталось всего три эритроцита и все они работают с перегрузкой — один обслуживает голову, другой грудь, третий — живот. Для рук и ног эритроцитов нет, поэтому они постепенно высыхают, «мумифицируются».

Кроме вышеописанных трех групп бредовых переживаний, выделяют индуцированный и конформный бред.

Индуцированный (привитой, наведенный) бред заключается в том, что бредовые идеи больного начинает разделять психически здоровый член его семьи. Индуцирование имеет следующие причины: а) тесная, порой симбиотическая связь индуктора и индуцируемого; б) индуктор — непререкаемый авторитетом для индуцируемого; в) наличие повышенной внушаемости, более низкий интеллект индуцируемого по сравнению с индуктором; г) правдоподобие и отсутствие нелепости в бредовых идеях индуктора.

По своему содержанию индуцированный бред может быть любого содержания (бредом преследования, отношения, изобретательства, эротическим и др.).

Индуцированный бред встречается редко, он всегда подпитывается близким контактом с индуктором. Однако стоит отделить индуцируемого от индуктора, как этот бред может исчезнуть без всякого лечения.

Больной И. высказывал идеи отношения и преследования, вскоре эти же идеи начала переживать и его жена, а через месяц и его 10-летняя дочь. Все трое были помещены в разные отделения психиатрической больницы. Через две недели дочь больного перестала чувствовать за собой слежку, поняла, что окружающие относятся к ней без предубеждения, еще через две недели то же произошло с его женой. Сам больной (индуктор) смог избавится от этого бреда лишь после интенсивного лечения в течение двух месяцев.

Еще реже встречается так называемый **конформный бред,** когда два близких психически больных родственника начинают высказывать идентичные бредовые идеи. Здесь также происходит индуцирование. Например, больной, страдающий параноидной шизофренией, высказывает определенные бредовые идеи преследования. Его сестра, страдающая простой формой шизофрении, для которой, как известно, бред вообще не характерен, вдруг начинает высказывать применимо к себе и брату точно такие же идеи преследования. В таком случае у сестры больного бред носит конформный характер.

По особенностям формирования выделяют первичный (интерпретативный, систематизированный) и образный (чувственный) бред.

Первичный бред строится на абстрактных представлениях и бредовой оценке фактов реальной действительности без нарушений чувственного познания (т. е. при отсутствии сенестопатий, иллюзий и галлюцинаций). Следует особо подчеркнуть, что адекватно воспринятые факты реальной действительности интерпретируются по-бредовому — по законам

паралогического мышления. Из всего многообразия фактов больной отбирает только те, которые согласуются с его основной бредовой идеей («бредовое нанизывание фактов»). Все остальные реальные факты и события, не согласующиеся с бредовой идеей больного, отбрасываются им как незначимые или незначительные. Кроме того, больные с первичным (интерпретативным) бредом склонны по законам пара-логики по-бредовому переоценивать свое прошлое (бредовая интерпретация прошлого). Первичный бред достаточно стоек, склонен к хроническому течению и относительно малокурабелен. По интерпретативному типу формируются самые различные по содержанию бредовые идеи (ревности, богатства, высокого происхождения, изобретательства, преследования и т.д.).

В возникновении образного (чувственного) бреда главную роль играют нарушения чувственного познания в виде воображения, фантазий, вымыслов, грез. Бредовые суждения не являются результатом сложной логической работы, отсутствует последовательность в обосновании идей, нет системы доказательств, столь характерной для первичного интерпретативного бреда. Больные с образным бредом высказывают свои суждения как данность, не подвергающуюся сомнениям, как нечто само собой разумеющееся и не нуждающееся в доказательстве и обосновании. В отличие от первичного, образный бред возникает остро, по типу озарения и всегда сопровождается иллюзиями, галлюцинациями, тревогой, страхами и другими психопатологическими образованиями. Нередко при чувственном бреде отмечается бредовая ориентировка в окружающем, бред инсценировки, ложные узнавания, симптомы положительного или отрицательного двойника.

По содержанию чувственный бред весьма разнообразен (идеи величия, ипохондрический бред и др.).

Динамика бреда (по В.Маньяну). В процессе развития психического заболевания бредовые идеи претерпевают определенную эволюцию. Французский психиатр Маньян в результате многолетнего исследования выяснил, что если на бред не воздействовать лекарственными средствами, то он имеет следующую динамику:

Бредовое продромальное состояние или ***бредовое настроение.*** Больной без всякой причины и повода чувствует сильнейший физический и психический дискомфорт, диффузную тревогу, связанную с реальными событиями и окружением, испытывает ощущение надвигающейся беды, несчастья, трагедии, настороженной подозрительности, внутренней напряженности и чувство надвигающейся угрозы. Этот период, являясь как бы предтечей бреда, длится от нескольких часов до нескольких месяцев.

Кристаллизация бреда. У больного формируются бредовые идеи персекуторного характера. Кристаллизация бреда наступает по типу озарения. Внезапно больной осознает, почему он плохо чувствовал себя на протяжении определенного периода, беспокойно и тревожно; оказывается, на него воздействовали какими-то лучами из соседнего дома и пытались «сбить с толку» сотрудники иностранных спецслужб. Второй этап, как правило, длится многие годы, иногда десятки лет и даже всю жизнь больного. Именно из этого

этапа и рекрутируется основное население психиатрических больниц.

Формирование бреда величия. **В** мучительном обдумывании, почему преследуют и читают мысли именно его, а не любого другого человека, больной постепенно приходит к убеждению, что выбор пал на него, так как у него «светлая голова, необыкновенные способности, талантливейшие мозги» или он является боковой ветвью знаменитой династии физиков-ядерщиков. Так формируется бред величия с соответствующим пафосным поведением и нелепым стилем жизни. Больные периодически устраивают «великокняжеские приемы» или «собираются в космические экспедиции». Переход бреда на этап величия обычно свидетельствует о неблагоприятном течении эндогенного процесса и является по существу признаком интенсификации *ослабеумливающего* процесса.

Распад бредовой структуры наступает после этапа бреда величия и свидетельствует о такой степени слабоумия, когда психика больного уже не в состоянии удерживать стройную, хотя и построенную по законам паралогики, бредовую структуру. Бред распадается на отдельные фрагменты, не определяющие уже стиль поведения больного. Так, пациент, горделиво утверждающий, что он самый богатый человек на планете, уже через несколько минут подобострастно просит у соседа по палате несколько рублей для покупки сигарет или подбирает окурки. При этом минутные эпизоды бреда величия со временем становятся все более редкими и могут возникать уже только как отблики на фоне *конечного* (апатико-абулического) состояния.

Бредоподобные идеи

Бредоподобные (похожие на бред) идеи являются ложными умозаключениями, тесно связанными с эмоциональными нарушениями, они возникают в структуре или на пике маниакальных и депрессивных состояний. От бреда они отличаются меньшим постоянством, отсутствием тенденции к систематизации, кратковременностью существования и возможной частичной коррекцией путем психологического разубеждения.

Чаще всего бредоподобные идеи по содержанию соответствуют группе бреда самоуничижения и величия.

Бредовые синдромы

Паранойяльный синдром представляет собой лишенный нелепости правдоподобный систематизированный бред монотематического характера. Другой составной частью синдрома является слегка повышенное настроение и самодовольство, убежденность в собственном превосходстве перед окружающими, а также выраженная стеничность и кипучая энергия, направленная на реализацию своих бредовых притязаний. В структуру паранойяльного синдрома никогда не входят иллюзии, галлюцинации и другие расстройства ощущения и восприятия. Паранойяльный бред при этом синдроме

может развиваться из сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред эротический, сутяжный, бред ревности, изобретательства и физического недостатка.

Больной К., обладавший несколько крупноватыми зубами, но считавший, что у него уродливые лошадиные длинные желтые зубы, после отказа нескольких стоматологов их удалить прибегнул к мучительной самооперации (подпилил напильником все свои зубы на 2 мм).

Больной Ц., 42 лет от роду, специально приехал в Москву с Дальнего Востока, чтобы объяснить правительству, как неправильно, нерационально мы расходуем дары моря, в частности, как неразумно ловим рыбу и ее утилизируем. Он привез с собой схему новой методики ловли рыбы «с учетом расположения звезд». Первое время жил в гостинице, ежедневно наносил визиты чиновникам, яростно пытался доказать свою правоту, при этом был так эмоционально возбужден, что из министерств его часто выставляли с милицией. Так прошло 2 года, давно кончились деньги, он уже не мог жить в гостиницах, ночевал на вокзалах зимой и в скверах летом, но каждый день с завидным постоянством «пробивал» свою идею ловли рыбы по-новому. Больного совершенно не волновало, что во Владивостоке остались жена, двое маленьких детей и престарелые родители. Он был охвачен своей идеей, которая, по его мнению, достойна сравнения только с французской буржуазной революцией.

Параноидный синдром включает в себя самый разнообразный бред (но чаще всего персекуторный) в сочетании с нарушениями ощущения и восприятия (сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации). Частым и самым распространенным вариантом этого симптомокомплекса является ***синдром Кандинского—Клерамбо,*** в структуру которого входят псевдогаллюцинации, бред воздействия (психического, телепатического, физического, гипнотического, лазерного, компьютерного и пр.) и психические автоматизмы. *Психический автоматизм* проявляется только тогда, когда больной воспринимает себя как марионетку, которая перестает контролировать свои мысли, ощущения, движения; он не может самостоятельно управлять своей волей, эмоциями, двигательными актами. Выделяют несколько вариантов психического автоматизма:

а) двигательный, или моторный, сопровождается убежденностью больного в том, что кто-то действует на его мышцы, заставляя против желания совершать какие-то движения, которые он не может прекратить усилием воли;

б) сенестопатический автоматизм проявляется в убежденности, что кто-то насильственно вызывает в теле больного различные неприятные ощущения жжения, покалывания, скручивания, сжимания, сдавливания, раздавливания (сенестопатии);

в) самый распространенный вариант психического автоматизма — ***ассоциативный,*** или ***идеаторный*** (мыслительный). Больной ощущает воздействие непосредственно на процесс мышления, кто-то отнимает его мысли и считывает их, вкладывает в голову чуждые ему мысли, создает «эхо мысли» (не успеет больной о чем-либо подумать, как его мысль озвучивает кто-

то из окружения), превращает его процесс мышления «во внутреннюю речь». Больной чувствует «шелест мысли» — тихое и неотчетливое их звучание. Он испытывает так называемое разматывание воспоминаний (его насильственно заставляют постоянно вспоминать самые неприятные моменты из собственной жизни) или «сделанные сновидения» (каждую ночь больной видит один и тот же крайне неприятный сон с кошмарными персонажами, которые его пытают или подвергают различным изощренным оскорблениям, преследователи устраивают больному во сне пышные похороны). Больные мысленно общаются со своими преследователями, ведут с ними длительные дискуссии, получают ответы в виде беззвучной или громкой «шепотной речи» или в виде «голосов из головы». Иногда больной заявляет, что его настроение, чувства, симпатии и антипатии управляются кем-то извне.

Синдром Кандинского — Клерамбо нередко сопровождается транзитивизмом. Это убеждение больных в том, что не только они, но и их близкие, врачи, медсестры слышат внутренние голоса и ощущают воздействие извне; что больны не они, а их родственники или, по крайней мере, врачи.

В наиболее полном виде синдром Кандинского — Клерамбо отмечается лишь при шизофрении. Однако в редуцированном виде он отмечается также при экзогениях, в частности при хроническом алкоголизме и алкогольных психозах. При алкогольном делирии он, например, фрагментарный, кратковременный и зависит от степени нарушения ясности сознания. При остром алкогольном галлюцинозе двигательный автоматизм синдрома Кандинского—Клерамбо полностью отсутствует, а ассоциативный и сенестопатический кратковременны. При гриппозных психозах сохраняется ассоциативный и двигательный и полностью отсутствует сенестопатический автоматизм. В целом отмечается известный параллелизм между тяжестью патологического процесса и выраженностью симптоматики психического автоматизма.

Больной К., 53 лет, инвалид второй группы. Страдает шизофренией. Заболел во время азербайджано-армянского конфликта в Баку в 1990 г. Лег в психиатрическую больницу, чтобы «избежать смерти от азербайджанского ножа». В первые дни был совершенно недоступным. Больным себя не считал. В последующем сообщил, что после октябрьского переворота в 1917 г. вожди Советской России создали в Кремле группу академиков для разработки темы «Геронтологические аспекты вождизма»: Эта группа создавала искусственных ангелов, в которые вселяли души умерших видных политических деятелей. Вселившись в тело ангела, эти души становились биороботами и устраивали в стране различные пакости и стихийные бедствия. Биороботы умели читать мысли людей, могли в любое время подключиться к любому мозгу. Академики также создали «черную субстанцию», которой замещали здоровые части тела. «Нафаршированные» черной субстанцией люди становились биороботами, абсолютно послушными влиянию извне. Когда к больному «подключились», он понял это по мгновенной, но очень сильной боли в височной области слева и справа. Понял, что его начали заполнять черной энергией. Одновременно внутри головы стал слышать множество голосов на азербайджанском языке,

которые постоянно угрожали ему жестокой расправой. Среди этих голосов выделялся командными, но вкрадчивыми нотками голос видного политического деятеля бывшей республики СССР, которого больной для конспирации называл «сиятельным вельможей». Любое же упоминание вслух реального имени этого человека значительно усиливало отрицательное воздействие на больного. Его преследовали за то, что он разгадал тайну роботов и черной энергии. Кроме того, он догадался, что Князь тьмы выбрал Москву в качестве испытательного полигона, всех людей постепенно заменяли на послушных биороботов, последних внедряли в правительство города, на руководящие должности всех районов Москвы. Сообщил также, что он уже сам «симбиотическая дрянь», т.е. наполовину уже биоробот, наполовину еще человек. На его здоровую часть постоянно действует биороботическая половина. Если он не выполняет приказы биороботов, то через него в наказание пропускают электрический ток или устраивают ему «жутчайшие фантомные боли». Кроме того, через него действуют на всех людей, с которыми он разговаривает, все его разговоры и даже мысли фиксируются «где надо». На стенах кабинета врача увидел нахохлившуюся, готовую к прыжку черную энергию. Предупредил врача о грозящей ему опасности. В последующем внимательно приглядывался к врачу, пытаясь определить, превратился ли он в биоробота или пока нет.

Парафренный синдром включает в себя систематизированный бред преследования, материального ущерба, величия фантастического характера или отравления с явлениями психического автоматизма, а также слуховыми и висцеральными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Протекает на фоне патологически повышенного настроения (эйфории). Сформированный парафрен-ный синдром отличается необычайной стойкостью, исключительной инертностью, тенденцией к хроническому течению. Тем не менее с годами по мере нарастания слабоумия бредовая парафренная система теряет четкую систематизированность и несколько разрыхляется.

Больной Л., 57 лет, считал, что в голове у него живет много гениальных людей, почти все они лауреаты Нобелевской премии. Они, с одной стороны, «подпитывают» его своей гениальностью, а с другой — учатся у него, ибо он «гениальнее всех земных гениев вместе взятых». Кроме того, его тело является вместилищем инопланетян, живших на Земле еще до появления человечества, а сейчас пребывающих в другом измерении. Умные живут в голове и общаются с Нобелевскими лауреатами, добрые — в груди, злые и хитрые — в прямой кишке и мочевом пузыре. Эти обитатели его тела постоянно общаются между собой, конкурируя за тот или иной анатомический орган. В зависимости от места обитания они соответствующим образом общаются с больным, помогая или мешая ему. В голове живет главный инопланетянин — космический врач, который лечит больного, а через него и всех остальных людей. «Хорошие» голоса обычно нейтрализуют «козни плохих голосов». Для этого они направляют ему в голову «луч, дающий свет». Инопланетяне иногда используют речевой аппарат больного, тогда «говорит рот сам по себе». Его глазами читают Библию или другие книги землян. «Морские космические

черти» живут в мочевом пузыре и постоянно мысленно ругают больного, против его воли заставляют совершать плохие поступки (например, ударить мать или бабушку). Они же устраивают больному «раздвоение» (Я это не я, от меня отделяется то лицо, то рука, личность растворяется, я превращаюсь в ничто, тело превращается в космическую пыль). Со временем больной понял, что является ареной битвы различных космических миров, поэтому поводу постоянно пребывал в состоянии эйфории.

Синдром Котара включает нигилистический бред (разновидность бредовой ипохондрии) в сочетании с тяжелой депрессией. Больные с синдромом Котара жалуются на то, что у них отсохла половина сердца, легкие зашлакованы, кишечник атрофировался, отсутствует желудок и пища сразу попадает в подкожно-жировую клетчатку, мышцы и кровеносные сосуды «полуживые», поэтому в венах и артериях вместо крови находится непереваренная пища со слюной. В состав синдрома Котара могут входить, хотя далеко не всегда, также бред мучительного бессмертия, отрицательного величия (злого могущества) и бред гибели мира. Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности больного в том, что он будет вечно мучиться, страдать, испытывать сильнейшую психическую и физическую боль и никогда не избавится от нее, так как он бессмертен. Такие больные, чтобы избавиться от чрезмерных душевных мук, нередко прибегают к самоубийству. Бред отрицательного могущества выражается в патологической убежденности больного в том, что он самим фактом своего существования приносит большие неприятности и страдания отдельным людям и всему человечеству в целом.

Больной С. отказывается от еды, считая, что если он съест даже небольшой кусочек хлеба, то все дети мира погибнут от голодной смерти. Или больной старается задержать дыхание, так как, по его мнению, при каждом выдохе он выделяет миллиарды бактерий, которые поразят все население нашей планеты.

Бред гибели мира (апокалиптический бред) выражается в том, что больной уверен в наступающем конце света, при этом земная кора раскалывается пополам, жидкая магма заливает поверхность всей планеты, уничтожая все живое. Больной находится в жидкой лаве, чувствует, как горит его тело, испытывает тягчайшие муки, но умереть не может из-за своего бессмертия.

Синдром Котара в основном характерен для инволюционных и старческих психозов, однако он описан и при периодической шизофрении, и при некоторых других психических заболеваниях.

Больная Ц. утверждала, что у нее длительное время болел желудок, но врачи его не лечили. В результате желудок от боли «скукожился» и «рассосался», пища попадает сразу под кожу и в легкие, вызывая «невыносимые болевые ощущения». По этой причине больная старается вообще не есть, кормить ее приходится через зонд. При осмотре настроение резко снижено, на лице так называемая депрессивная маска — тусклые волосы, безжизненные глаза, опущены уголки рта, не может улыбаться, «разучилась» радоваться и получать удовольствие от чего-либо.

Синдром дисморфофобии-дисморфомании — это бредовая или сверхценная идея физического недостатка, бред отношения и пониженное настроение вплоть до тяжелой депрессии с суицидальными тенденциями. Больные испытывают активное недовольство какой-то частью своей внешности, постоянно обращаются к хирургам с требованием проведения косметической операции для исправления «дефекта внешности». Характерно, что «дефект», как правило, касается идеальной части тела (при бреде), при этом на реальный дефект другой части тела больные не реагируют. Например, страдая от «лопоухости» и требуя оперативного вмешательства на ушных раковинах (кстати говоря, совершенно нормальных), больная абсолютно игнорирует имеющуюся у нее реальную «заячью губу». Тенденция к коррекции внешности (дисморфома-ния) иногда реализуется самостоятельно, подручными средствами, особенно при отказе хирургов провести пластическую операцию.

Больная 20 лет с объективно маленькой грудью, убежденная в наличии у нее «безобразно больших» молочных желез, после многочисленных отказов от проведения ей пластической операции нанесла себе по два глубоких пореза с латеральной части молочных желез, «чтобы вытащить жир», и едва не погибла от кровотечения.

Бред отношения при этом синдроме выражается в том, что окружающие якобы видят уродство больного, посмеиваются над ним, осуждают и сторонятся его как прокаженного. Больной все свои жизненные неудачи объясняет наличием «дефекта внешности». Он не поступил в институт, потому что преподаватели не хотели иметь студента «с таким уродливым носом». Или больная долго не могла выйти замуж, объясняя это наличием у себя «безобразно толстых губ» (объективно губы надменно тонкие, что, впрочем, внешность больной совершенно не портит).

При отказе хирургов от проведения пластической операции и при невозможности самостоятельной коррекции «имеющегося недостатка внешности» больные нередко прибегают к самоубийству, ибо «жизнь с уродством хуже смерти».

Бредовой вариант дисморфофобии-дисморфомании встречается в юношеском возрасте при шизофрении. Сверхценный вариант более характерен для так называемых пограничных психических заболеваний.

Синдром Капгра включает в себя бред двойника, бред отношения, бред интерметаморфозы, страх, тревожные опасения и расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации, дереализация) с бредовой интерпретацией последних. Синдром Капгра часто сочетается с явлениями психического автоматизма. Больной убежден, что его родственников уничтожили, а вместо них в семью внедрили загримированных под родственников «агентов спецслужб». Или же он постоянно узнает среди посторонних людей своих родственников. Отношение к двойникам, как правило, негативное, агрессивное. Иногда дело доходит даже до убийства. Весьма редко отношение может быть сочувственно-доброжелательным. Так, больной, которому «подменили» жену, «подсунув двойника», относился к нему гораздо лучше, чем к жене, понимая, что «двойник» тоже жертва каких-то махинаций, и постоянно уговаривал жену-

двойника пойти в органы милиции и «выдать всю шайку».

Синдром Фреголи получил свое название по имени актера, постоянно меняющего маски во время выступления (в нашей стране это был бы синдром Райкина). Для этого вида патологии характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах родственников, соседей, сослуживцев, случайных знакомых. Больной утверждает, что преследователи постоянно меняют свой вид, принимая облик других людей. Отношение к преследователям, как правило, агрессивно-угрожающее с нанесением им тяжких телесных повреждений вплоть до убийства (феномен преследования преследователей).

4. НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

Патология памяти

Память — особый вид психической деятельности, связанный с восприятием (рецепцией), удержанием (ретенцией) и воспроизведением (репродукцией) информации. Память является интегральной частью процессов мышления и обучения. В механизмах памяти главенствующее значение отводится рибонуклеиновой кислоте (РНК), в молекуле которой кодируется, шифруется и хранится информация.

Возможности памяти безграничны. Известно, что феноменальной памятью обладали Юлий Цезарь, Сенека, Александр Македонский. Различают механическую и смысловую память. Механическая, память — это способность запоминать тот или иной материал независимо от его содержания. Смысловая, или ассоциативная, память характеризуется тем, что элементы запоминаемого связываются между собой ассоциативно, т. е. вступают во внутренние связи с прежней или бывшей ранее информацией.

При изучении памяти выделяют также короткую (кратковременную) память, связанную с гиппокампом, и долговременную память, связанную с определенными зонами коры больших полушарий.

Под короткой памятью понимается способность к запоминанию, сохранению и воспроизведению информации через сравнительно короткое время после ее поступления. При отсутствии закрепления эта информация исчезает. При постоянном поддержании информации и ее эмоциональной или интеллектуальной значимости формируется долговременная память. Это, кстати, демонстрируется в известном школьном тезисе: повторение — мать учения.

Патология памяти, называемая общим термином **дисмнезия,** в психиатрической практике выражается в гипермнезии, гипомнезии, амнезии и парамнезии.

Гипермнезия — кратковременное усиление, обострение памяти. Больной, к своему удивлению, вспоминает давно забытые достаточно крупные эпизоды своего детства или юности в мельчайших подробностях, воспроизводит наизусть целые страницы когда-то прочитанных, но давно забытых произведений. Состояние гипермнезии отмечается при маниакальном синдроме, при некоторых бредовых состояниях, наркоманиях и при исключительных состояниях, например перед смертью, когда вся жизнь человека мгновенно проносится перед глазами. По миновании болезненного состояния гипермнезия проходит.

Гипомнезия — снижение памяти — удел всех людей в пожилом возрасте. Развитие гипомнезии подчиняется закону Рибо-Джексона (обратный ход памяти), когда накопленная за всю жизнь информация постепенно теряется в порядке, обратно пропорциональном приобретению ее, т. е. от настоящего к прошлому. В первую очередь при этом страдает механическая память на имена,

номера телефонов, точные даты, важные жизненные события.

Особенно характерна гипомнезия для сосудистых, травматических и атрофических процессов головного мозга.

Амнезия — отсутствие памяти — занимает более значительное место, чем гипер- и гипомнезия в клинике психических заболеваний. Амнезия бывает общей, распространяющейся на достаточно большой временной период, или частичной, когда она касается лишь каких-то определенных воспоминаний (например, переводчик восточных языков после травмы черепа напрочь забыл на полгода японский язык, которым свободно владел ранее, но который откровенно не любил. Его же любимый корейский язык совершенно не пострадал. В данном случае можно говорить лишь о частичной амнезии). Амнезии могут подвергнуться также приобретенные специальные знания и умения, например способность рисовать или водить машину. Выделяют несколько разновидностей амнезии.

Ретроградная амнезия — отсутствие памяти на период до начала заболевания. Например, больной, получивший травму черепа, может забыть все, что происходило с ним в течение недели до получения травмы.

Антероградная амнезия — потеря памяти на период после возникновения заболевания. Продолжительность как ретро-, так и антероградной амнезии может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев.

Ретроантероградная амнезия охватывает более или менее длительный период выпадения памяти до и после, например, травмы черепа.

Фиксационная амнезия заключается в неспособности больного удержать и зафиксировать поступающую информацию. Все, что ему говорят, что происходит вокруг него, воспринимается адекватно, но не удерживается в памяти (отсутствует фиксация поступающей информации) и спустя несколько минут, а то и секунд больной полностью забывает об этом.

Прогрессирующая амнезия характеризуется, как и гипомнезия, постепенным ослаблением памяти по закону Рибо-Джексона от настоящего к прошлому.

Тотальная амнезия — это выпадение из памяти всей информации, которая только была у больного, включая даже сведения о себе. Такой больной не знает, как его зовут, сколько ему лет, где он живет, есть ли у него родители, другими словами, он не помнит ничего. Тотальная амнезия может быть при выраженной травме черепа, особенно в военных условиях, реже она встречается и при функциональных заболеваниях (при выраженных стрессовых ситуациях).

Палимпсест — выпадение из памяти отдельных событий в состоянии алкогольного опьянения.

Истерическая амнезия — провалы в памяти, касающиеся неприятных, невыгодных для больного фактов и событий. Развивается по типу вытеснения не только у больных, но и у здоровых, но акцентуированных по истерическому типу личностей. Если провалы памяти по истерическому типу возникают у субъекта, не имеющего в преморбиде истерических черт, такая дисмнезия называется *скотомизацией*.

Парамнезия — это обман, провал памяти, который заполняется различной информацией, определяющей вид парамнезий. Выделяют четыре вида этой патологии: конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии и эхомнезии.

Самым распространенным вариантом парамнезии являются *конфабуляции* — это замещение провалов памяти вымыслами фантастического характера, в которые больной верит абсолютно.

Например, больной 80 лет, страдающий выраженным церебросклерозом, сообщает, что его только что допрашивали одновременно Малюта Скуратов и Иван Грозный. Попытки доказать ему, что оба вышеуказанных персонажа давно мертвы, оказались тщетными.

Псевдореминисценции — это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени. Например, больной со старческим слабоумием, находящийся в больнице около шести месяцев, бывший до болезни прекрасным преподавателем математики, утверждает, что он только что проводил занятия по тригонометрии в X классе. Иногда в литературе вместо этого термина используют понятие «замещающие конфабуляции».

Криптомнезии (присвоенные воспоминания) — провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает: он не помнит, наяву или во сне произошло то или иное событие, а вычитанные в книгах или услышанные от кого-то мысли считает своими собственными.

Больной с радостью сообщает врачу, что сочинил стихи: «Я помню чудное мгновенье...» и был искренне огорчен тем, что это стихотворение задолго до него написал А. С. Пушкин. Прекрасное описание криптомнезии приведено в «Дядюшкином сне» Ф.М.Достоевского, где старый князь не знает, то ли он действительно сделал предложение молодой девушке, то ли он видел это во сне.

К криптомнезиям относится и так называемое *отчужденное воспоминание,* состоящее в том, что события, произошедшие в жизни больного, он в последующем воспринимает не как реальные, а как прочитанные в книге, увиденные в кино или театре, услышанные по радио, от собеседников или пережитые в сновидениях.

Некоторые исследователи относят к парамнезиям и *эхомнезии* (редублицирующие воспоминания). Это особый вид обмана памяти, при котором события, происходящие в настоящее время, кажутся уже происходившими раньше.

С известной долей условности в эту группу расстройств относят и *экмнезии,* при которых далекое прошлое переживается как настоящее. При экмнезии весьма пожилые люди считают себя юнцами и начинают готовиться к свадьбе. Концентрированное комплексное нарушение памяти особенно выражено при так называемом Корсаковском синдроме.

Синдром Корсакова включает в себя триаду симптомов: фиксационную амнезию, парамнезию и амнестическую дезориентировку во времени или месте. Этот синдром описан С. С. Корсаковым в 1887 г. при алкогольном

полиневритическом психозе. Он получил название своего первооткрывателя и был выявлен при очень многих психических заболеваниях, кроме шизофрении.

Патология интеллекта

Интеллект — это понятие, объединяющее в себе способность человека к рациональному познанию, суждениям, умозаключениям, анализу и синтезу, отделению главного от второстепенного, накоплению знаний и практическому их применению, умение адаптироваться в новой ситуации. Для количественного анализа интеллекта обычно используют понятие IQ (коэффициент умственного развития). Он определяется по формуле: психический возраст делится на хронологический возраст и умножается на 100. Коэффициент взрослого психически здорового человека равняется 90 и выше условным единицам. IQ ниже 70 усл.ед. свидетельствует об определенной степени слабоумия. Показатели коэффициента умственного развития от 70 до 90 свидетельствуют о так называемой пограничной умственной отсталости (чаще как проявление педагогической запущенности).

В мировой психиатрии различают две основных формы патологии интеллекта:

врожденная или приобретенная в первые три года жизни недостаточность интеллекта — олигофрения (малоумие);

приобретенное слабоумие — деменция.

Врожденное слабоумие

В зависимости от уровня недоразвития интеллекта различают три степени выраженности ***олигофрении*** — *идиотия* (тяжелое умственное недоразвитие), *имбецильность* (среднее умственное недоразвитие) и *дебильность* (легкая степень умственного недоразвития). В свою очередь, эти уровни умственной недостаточности подразделяются на легкую, умеренную и тяжелую степень выраженности.

Страдающие *идиотией* не владеют речью (могут издавать лишь нечленораздельные звуки), не способны даже к примитивному труду, они совершенно не обучаемы и живут в мире безусловных рефлексов. Они не способны отличить горячее от холодного, съедобное от несъедобного, не узнают окружающих, даже мать. Двигательные реакции их выражаются в однообразных стереотипных раскачиваниях туловища слева направо, взад — вперед. Эмоциональные реакции их весьма примитивны и выражаются лишь в гневливо-злобных вспышках.

Страдающие идиотией нуждаются в постоянном надзоре и уходе, так как многие из них не владеют навыками самообслуживания, они обычно помещаются в особые медицинские учреждения пожизненно, ибо дома они не удерживаются в силу особенностей психического недоразвития.

Имбецильность — средняя степень задержки психического развития. При ней больным можно привить элементарные навыки по совершению туалета, умывания, одевания, уборке помещения. Более того, они могут овладеть простейшими трудовыми процессами путем тренировки подражательных действий (например, клеить коробочки или собирать из соответствующих деталей искусственные елки). Некоторые из них даже могут усвоить простейший счет в пределах 10. Познавательная деятельность имбецилов ограничена лишь образованием представлений, образование понятий для них невозможно. У них, естественно, отсутствует способность к абстрактному мышлению. Имбецилы понимают простую речь, они сами могут усвоить и пользоваться несколькими десятками слов (но не более 50). Речь их косноязычна, состоит из отдельных слов или чрезвычайно простых предложений (состоящих, как правило, из двух несогласующихся между собой слов). Их адаптация в окружающем возможна только при наличии постоянно опекающих их родственников. Имбецилы крайне внушаемы, эта их особенность иногда используется различными мошенниками и проходимцами для совершения различных правонарушений. Собственные интересы имбецилов крайне примитивны и заключаются лишь в удовлетворении пищевой потребности. Имбецилы обучаются в специальной вспомогательной школе для олигофренов.

Дебильность — самая легкая степень психического недоразвития. У дебилов ограничена способность к выработке сложных понятий и обобщений, поэтому у них преобладает конкретно-описательный тип мышления. Абстрактное мышление им, как правило, недоступно. Тем не менее они могут, хотя и с трудом, учиться в массовой школе, перебиваясь с тройки на двойку. Новый материал они осваивают путем механической зубрежки. В массовой школе они многократно дублируют первые классы, имея многочисленные задолжности по арифметике, и в конце концов все-таки оказываются во вспомогательной школе для олигофренов. Чрезвычайно важна для страдающих дебильностью адекватная организация труда и быта. При разумном руководстве они могут овладеть несложной специальностью, тем более что у дебилов «умений больше, чем знаний».

Приобретенное слабоумие

Если олигофрены по интеллекту — это «нищие от рождения», то страдающие ***деменцией*** — «разорившиеся богачи». Деменция это малоумие, развившееся в результате каких-то заболеваний, при этом отмечается угасание интеллекта. При деменции прежде всего страдает творческое мышление, теряется способность к абстрактным рассуждениям.

По клиническим проявлениям выделяют органическую, апатическую (шизофреническую) и эпилептическую деменцию.

Органическая деменция выражается в слабоумии, вызванном органическими заболеваниями головного мозга (черепно-мозговые травмы, сосудистые заболевания, атрофический, сифилитический процесс, СПИД,

старческие психозы). Органическое слабоумие делится на тотальное (диффузное) и парциальное (частичное, очаговое, дисмнестическое, лакунарное). Тотальное слабоумие проявляется одновременным поражением всех форм познавательной деятельности: мышления, памяти, внимания, чувств и т.д. При этом крайне затруднено или полностью отсутствует образование абстракций, грубо нарушается логическое мышление, резко снижается запас знаний, выражение страдает память (теряется способность запоминать текущие и воспроизводить прошлые события). Утрачивается критика, суждения и поступки становятся нелепыми. Неуклонно ослабевают высшие чувства, теряется критический контроль над низшими, связанными с инстинктами, эмоциями.

Тотальное слабоумие характерно для прогрессивного паралича, старческого слабоумия, болезни Пика, некоторых опухолей головного мозга, тяжелых черепно-мозговых травм.

Парциальное слабоумие характеризуется поражением лишь отдельных сторон познавательного процесса — т. е. памяти и эмоциональной сферы при относительной сохранности критики, высших чувств и навыков социального поведения. Больным трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, могут сохраняться достаточно долго. Критически оценивая состояние своей памяти, они постоянно пользуются записной книжкой, где заранее написан план на целый день. Больные не совершают нелепых действий, их интеллект в основном не страдает, социальные контакты сохранены.

Парциальное слабоумие встречается при церебросклерозе, гипертонической болезни, сифилисе мозга.

Апатическое (шизофреническое) слабоумие характеризуется бездеятельностью, снижением инициативности, характерно прогрессирующее снижение интереса ко всему (за исключением собственной личности), нарастание безволия и углубление аутистической замкнутости. Однако больной периодически может справляться со сложными задачами, это свидетельствует о том, что истинного снижения интеллекта, вероятно, не происходит (так называемая интенсификация инкапсуляции). Относительная сохранность мнестических и интеллектуальных функций тем не менее никак не способствует социально-трудовой адаптации в связи с диссоциацией мыслительных и эмоционально-волевых импульсов, из-за этого больные остаются пассивными, безразличными и беспомощными. Этот вид слабоумия, как следует из его названия, весьма характерен для шизофрении.

Эпилептическое (концентрическое) слабоумие чаще всего проявляется при эпилепсии, хотя может встречаться и при различных органических заболеваниях головного мозга. Для этого вида деменции характерны выраженные нарушения памяти в сочетании со своеобразными изменениями мышления в виде инертности мыслительных процессов, их тугоподвижности, вязкости, «лабиринтности», неспособности отграничить главное от второстепенного. Круг интересов замыкается на собственной персоне, удовлетворении собственных инстинктов, окружающие оцениваются сугубо через призму собственного «Я». В противном случае выявляется выраженная

мстительная злопамятность, злобность, конфликтность, агрессивность и экстрапунитивные реакции реагирования.

Важным симптомокомплексом, свидетельствующем о нарастании деменции, является так называемый ***психоорганический (энцефалопатический, органический) синдром.*** Он состоит из триады симптомов Вальтера-Бьюеля и включает в себя: эмоциональную лабильность, или недержание эмоций; выраженные расстройства памяти; снижение интеллекта. Больные с этим видом патологии несколько растерянны, беспомощны в решении простейших задач, не могут собраться и сконцентрировать свое внимание, фиксационная амнезия не позволяет им воспринимать новую информацию, они дезориентированы в месте и времени; у них отмечается значительное падение не только умственной, но и физической работоспособности, они легко переходят от улыбки и смеха к слезам по совершенно незначительному поводу. В динамике этого синдрома выделяют астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический этапы. На конечном этапе этот синдром клинически не отличим от апатической деменции. На первых трех этапах психоорганический синдром сопровождается психопатоподобными характерологическими расстройствами поведения и различной неврологической симптоматикой. Этот синдром, как правило, необратим, он может встречаться при опухолях головного мозга, интракраниальных инфекциях, травмах черепа, церебросклерозе, сифилитическом поражении мозга, при болезни Пика, Альцгеймера, алкоголизме, наркоманиях, некоторых соматогениях.

5. ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ

Общие сведения об эмоциях

Эмоции — это субъективные реакции человека или животного на воздействие внутренних и внешних раздражителей, проявляющиеся в виде удовольствия, неудовольствия, радости, страха и т.д. Сопровождая практически любые проявления жизнедеятельности организма, эмоции служат одним из главных механизмов внутренней и внешней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей. Эмоции всегда имеют объективные проявления в виде тех или иных физиологических реакций организма. Дарвин в своей классической работе «Выражение эмоций у человека и животных» описал общие для животных и человека соматические изменения в организме, возникающие в связи с различными эмоциями.

Выделяют **высшие и низшие эмоции.** Первые (чувства) связаны с интеллектуальной деятельностью человека, вторые — с удовлетворением врожденных инстинктов.

Нередко любые эмоции считают синонимом чувства, но это не совсем так. Правильнее называть эмоциями сравнительно простые переживания (удовольствие, неудовольствие, гнев, страх и т.п.), которые в общей форме свойственны и животным; в чувствах проявляется переживание отношений к явлениям искусства, к мыслительной деятельности человека. Если у низших животных эмоции связаны только с безусловными рефлексами, то у высших — и с условно-рефлекторной деятельностью, т. е. они могут возникнуть на условные раздражители, а также на нарушение сложившегося стереотипа существования. Именно поэтому у высших животных эмоции достигают большей сложности. Так, например, собака радуется при виде хозяина и огорчается, отказывается от пищи, а иногда и умирает от горя при его долгом отсутствии или гибели. Такие эмоции невозможно выявить у рыб или змей.

Как известно, эмоции бывают положительные и отрицательные. Удовлетворение каких-либо потребностей приводит к положительным, а неудовлетворение — к отрицательным эмоциям.

Кроме того, выделяют эмоции: а) стенические, повышающие активность и жизнедеятельность организма (например, радость); б) астенические, значительно снижающие активность и жизнедеятельность организма. Однако иногда одна и та же эмоция может выступать в двух ипостасях. Так, страх в одном случае может значительно повысить мускульную силу:

Гарун бежал быстрее лани,
Быстрей, чем заяц от орла;
Бежал он в страхе с поля брани,
Где кровь черкесская текла.

М. Ю. Лермонтов

В другом случае, наоборот, чувство страха вызывает полный упадок сил. Недаром говорят, что от страха «подгибаются колени» или «от ужаса остолбенел».

В настоящее время выделяют девять основных (базальных) эмоций, характерных для человека: радость, удивление, страх, грусть, гнев, отвращение, интерес, презрение, стыд. Однако различное сочетание этих эмоций дало возможность, например, Л.Н.Толстому описать в своих романах более 100 разных чувств. Нередко сочетание двух противоположных эмоций рождает новое чувство, что прекрасно выразил А. С. Пушкин: «Мне грустно и легко, печаль моя светла...»

Виды чувств. Различные формы эмоциональных процессов у здорового человека не существуют обособленно. Они возникают и переживаются в составе весьма сложных, устойчивых эмоциональных состояний личности, в зависимости от содержания, направленности, объективных условий выполнения социальных действий. Эти обобщающие чувства, конкретизирующиеся в сотнях переживаемых эмоций, аффектов, настроений, называются высшими. Выделяют несколько разновидностей высших чувств.

Моральные чувства — в них отражается отношение человека к другим людям, коллективу, к своим общественным обязанностям. Одним из ведущих моральных чувств является чувство долга. Чувство долга и любви к Родине называется патриотизмом. Чувство дружбы, товарищества, признательности, «любовь к отеческим гробам» (А.С.Пушкин) также является типичным проявлением морального чувства.

Интеллектуальные чувства выражают отношение человека к мыслям как к истинным, так и ложным, удивительным и сомнительным, понятным или непонятным, вызывающим недоумение. К интеллектуальным чувствам прежде всего может быть отнесено удивление. Удивление является неотъемлемой стороной познавательной деятельности человека. Пораженный и удивленный, эмоционально охваченный чем-то непонятным, изумляющим, человек стремится удовлетворить свои познавательные потребности. В ходе познавательной деятельности человек постоянно выдвигает гипотезы, опровергая или подтверждая их, ищет наиболее правильные решения, заблуждается и вновь выходит на верную дорогу. Поиски истины могут переживаться как чувство сомнения. Наконец, решение вопроса, нахождение истины может сопровождаться чувством уверенности. Это чувство является поддержкой человеку в трудные минуты борьбы за претворение в жизнь тех убеждений, к которым он пришел путем активной познавательной деятельности.

Эстетические чувства человек переживает по отношению к природе, в произведениям искусства, в общении между людьми. Именно переживает, а не просто спокойно оценивает. Степень переживания может быть различной — от легкого волнения до глубокого потрясения. Во всех случаях эстетические переживания благотворно действуют на человека. Насколько сильно эстетическое чувство влияет на человека, особенно отчетливо видно на примере изменений, возникающих под влиянием музыки. Музыка оказывает

сильнейшее влияние на весь физический и духовный мир человека. Под влиянием музыки он может испытывать радость и грусть, страдание и негодование, музыка может вдохновить и ободрить. Издревна музыка использовалась как лечебное средство (сейчас этот метод лечения называется музыкотерапией). Особенно сильное воздействие оказывает музыка в сочетании с танцами. С помощью танцев люди готовили себя и к труду, и к бою. Применялись танцы и для лечения. Есть сведения, что название итальянского танца «тарантелла» связано с тем, что врачи заставляли пациентов, укушенных тарантулом, исполнять его определенное количество раз.

Праксические чувства связаны с процессом физического труда, это «мышечная радость». Труд — основа существования, и среди высших чувств важное место занимает положительное эмоциональное отношение к труду как творчеству, «трудному», но радостному делу, источнику бодрости и боевого настроения при встрече с препятствиями, переживание чувства торжества при его успешном завершении.

Выражение эмоциональных состояний. Одни и те же эмоции по-разному выражаются у разных людей. Однако все они проявляются внешне, а также в виде изменений деятельности внутренних органов и изменений гуморального характера, т. е. химизма крови и других биологических жидкостей человека и обмена веществ.

Выражение эмоций (или «язык экспрессии») осуществляется словом, мимикой лица, пантомимикой, вегетативными проявлениями, голосовой мимикой, т.е. модуляцией голоса.

В целом, мимика, жесты, позы, выразительные вздохи, изменения интонации являются «языком человеческих чувств», средством сообщения собеседнику (в отличие от звукового языка) не столько мыслей, сколько эмоций, связанных с ними. Этот «язык экспрессии» в разные исторические эпохи, у разных народов, у представителей различных классов при некоторых общих чертах существенно различается.

Формы переживания чувств. *Настроение* — это устойчивое эмоциональное состояние, складывающееся под влиянием как внешних воздействий, так и биохимического и гормонального состава крови, импульсов с интерорецепторов и т.д. Настроение зависит от множества факторов, в частности от состояния здоровья человека. Но и процесс заболевания и выздоровления в значительной степени зависит от настроения. Уже не вызывает сомнения тот факт, что «подавленные», неотреагированные эмоции, в том числе хроническое подавленное настроение, могут приводить к формированию психосоматических заболеваний или неврозов.

Аффект — это сильная, бурная, но кратковременная эмоциональная реакция. Это уже не радость, а восторг, не горе, а отчаяние, не страх, а ужас, не гнев, а ярость. Аффект развивается в критических условиях при неспособности человека найти адекватный выход из опасных, чаще всего неожиданно сложившихся ситуаций.

Очень сильное возбуждение подкорковых центров эмоций приводит к

торможению корковой деятельности, вследствие чего происходит сужение, а при патологическом аффекте — и кратковременное выключение сознания с последующим выпадением из памяти этого отрезка времени. Однако в большинстве случаев при обычном аффекте человек осознает свои действия, хотя и плохо ими владеет.

Страсть — это сильное, длительное, устойчивое эмоциональное состояние. Страсть определяет стремление к достижению цели и помогает ее достижению (например, страсть к свободе, любовная страсть, страсть к коллекционированию и т.д.).

Стресс — это эмоциональное состояние, вызванное ситуацией напряженности. Стрессовые ситуации возникают при опасении для жизни, при различных физических и умственных перегрузках, при необходимости принимать быстрые и ответственные решения и т. д. Изучение стресса получило физиологическое обоснование в учениях У.Кеннона о гомеостазе (гомеостаз — постоянство внутренних условий функционирования организма) и Г.Селье об «общем адаптационном синдроме», т.е. о своеобразной защитной по своему характеру реакции организма, мобилизирующего свои ресурсы, прежде всего эндокринные, в ответ на сильные и травмирующие (сверхсильные) внешние воздействия — будь то физические или нервно-психические, эмоциональные раздражители. О стрессовых состояниях свидетельствуют изменения в работе сердечно-сосудистой, дыхательной систем, электропроводимости кожи и других вегетативных проявлениях.

Стресс, однако, может иметь и положительный эффект. В частности, незначительный стресс может вызвать прилив сил, активизацию жизнедеятельности, особую ясность и четкость мысли, борьбу по преодолению или разрешению психотравмирующей ситуации. Стресс может быть легким, и тогда он не нарушает адаптационных механизмов личности, и сильным, приводящим к значительной личностной дезадаптации. Самым тяжелым для человека является социальный стресс (стресс одиночества), при котором человек испытывает полную социальную незащищенность.

Фрустрация — психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели. Проявляется в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и пр. Сила фрустрации зависит от степени значимости блокирующего поведения и субъективной «близости» достижения цели. Защитные реакции при фрустрации связаны с появлением агрессивности, уходом от трудной ситуации (в том числе переносом действия в воображаемый план), снижением сложного поведения, вплоть до глубокой регрессии. Фрустрация может привести к характерологическим изменениям, она нередко является причиной развития неврозов.

Физиологическая основа эмоций. Древность эмоций, их наличие и большое значение уже у низших животных с малоразвитыми большими полушариями указывают на то, что в физиологическом механизме эмоций большую роль должны играть стволовые отделы мозга. Это предположение нашло убедительное подтверждение в исследованиях последних десятилетий.

Выяснилось, что в формировании эмоций большую роль играет ретикулярная формация, зрительные бугры, подбугровная область *межуточного* мозга (т.е. гипоталамус), лимбическая система и кора головного мозга. Таким образом, «центры» эмоций оказываются и в глубоких отделах мозга, и в коре. Однако непосредственной реализацией внешних эмоциональных проявлений занимается вегетативная нервная система.

Симптомы эмоциональных нарушений

Патологический аффект — бурная эмоциональная реакция гнева или ярости, возникающая в ответ на ничтожные раздражители и сопровождающаяся агрессивными действиями на раздражитель. Патологический аффект протекает стремительно на фоне помраченного сознания по типу сумеречного, по выходе из которого отмечается полная амнезия пережитого. Это состояние может возникать при органических поражениях головного мозга, психопатиях, психогениях и некоторых других психических страданиях.

Эйфория — патологически повышенное, неадекватное раздражителю сверхрадостное настроение, когда человеку абсолютно все нравится, жизнь при этом кажется сплошной цепью беззаботных радостей и беспечных удовольствий, все проблемы, даже глобальные, вполне разрешимы. Все окружающее видится как бы через розовые очки в абсолютно радужных тонах, при этом отмечается непробиваемый оптимизм, даже отрицательные, а порой трагические моменты окружающей жизни воспринимаются исключительно положительно, сверхрадостно. За счет постоянного гипероптимизма больной неадекватно оценивает свое объективно тяжелое состояние. Так, например, эйфория может появиться в терминальной стадии некоторых злокачественных опухолей. Эйфория встречается при очень многих психических и соматических заболеваниях.

Мория — немотивированное повышенное настроение с дурашливостью, расторможенностью влечений, плоскими, пошлыми шутками. Поведение таких больных несколько напоминает гебефреническое возбуждение, хотя и отличается от последнего отсутствием парамимии, эхолалии, эхопраксии. Нередко мория сопровождается легкой степенью оглушенности — обнубиляцией. Мория чаще встречается в неврологической практике у больных с органическим поражением лобных долей (так называемая лобная психика).

Дистимия — патологически пониженное, угнетенное настроение, возникающее без какой-либо причины. Больной смотрит на мир как бы через черные очки, окружающее воспринимается мрачным, бесперспективным, безысходно-пессимистическим. Больного ничто не радует, сама жизнь кажется ему лишенной всякого смысла, «кругами дантова ада». Нередко именно дистимия является основной причиной суицидальных мыслей, намерений и попыток.

Тревога — это тоска, проецируемая в будущее, сильное душевное

волнение, беспокойство, обусловленное беспричинным ожиданием крупной неприятности, катастрофы, которая произойдет с больным или его самыми близкими родственниками. Тревога может быть ситуационно-обусловленной, связанной с конкретной, нередко преувеличенной жизненной ситуацией, и диффузной, так называемой свободно плавающей, не связанной с какими-то определенными фактами или событиями. Тревога обычно сопровождается выраженными вегетативными реакциями и часто двигательным возбуждением, она нередко тесно связана с депрессией и выступает в едином тревожно-депрессивном синдроме при многих психических и соматических расстройствах, особенно в инволюционном возрасте.

Дисфория — немотивированное тоскливо-злобное настроение с активным недовольством окружающими или, реже, собой и выраженным экстрапунитивным поведением. Отмечается крайне высокая раздражительность и аффект злобы, которые и объясняют выраженные внезапные беспричинные вспышки разрушительных действий и агрессии к окружающим. Если агрессия по каким-то причинам не может реализоваться во вне, она направляется на себя, выражаясь в членовредительстве или суицидальных действиях. Дисфория чаще всего отмечается при эпилепсии, органических заболеваниях мозга, некоторых формах психопатий, сосудистых и атрофических процессах головного мозга.

Эмоциональная лабильность (эмоциональная слабость, слабодушие) — это выраженная неустойчивость настроения: больной по незначительному поводу крайне легко переходит от плача к смеху и наоборот — от умиления к гневу. Он не может без слез читать сентиментальный роман, смотреть старые довоенные или военные фильмы. В течение дня эмоции многократно меняют свою полярность. Слабодушие является обязательным симптомом при сосудистых заболеваниях головного мозга, оно встречается также при органических заболеваниях головного мозга и астениях различного генеза.

Эмоциональная тупость (эмоциональное оскудение) — постепенное обеднение тонких эмоциональных реакций, исчезновение эстетических, моральных, этических, интеллектуальных чувств. Больной теряет способность к сопереживанию, деликатность, проявляет грубую бесцеремонность, эмоциональную холодность, безразличие и безучастность к судьбе наиболее близких людей. Равнодушие не касается только низших эмоций, связанных с удовлетворением инстинктов, особенно пищевого. Такое эмоциональное нарушение типично, главным образом, для шизофрении.

Неадекватность эмоций — это несоответствие характера эмоций и вызвавшего их повода. Так, например, больной Ц. радостно засмеялся, когда ему сообщили о смерти единственного ребенка, добавив, что он достаточно молод и у него еще будет много детей. Тот же больной выразил бурный гнев по поводу замены его старых тапочек на новые. Неадекватность эмоциональных реакций особенно характерна для шизофрении.

Апатия выражается в отсутствии всяких желаний и полном безразличии к окружающим и к себе. Больные не только теряют интерес к событиям внешнего мира (не читают, не смотрят телепередач, не слушают радио), но и

совершенно безразличны к своему собственному состоянию, они становятся неряшливыми, неопрятными. Сохраняя в целом способность мыслить, они фактически теряют способность действовать. Апатия характерна для шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга.

Эмоциональные синдромы

Маниакальный синдром

Это синдром проявляется так называемой маниакальной триадой основных симптомов: патологически повышенным настроением (эйфорией), ускорением ассоциативного процесса и двигательной расторможенностью. Больные находятся в постоянно приподнятом настроении, в состоянии неуемного веселья, непробиваемого оптимизма. Все окружающее, в том числе и негативные моменты, воспринимаются как бы через розовые очки. Жизнь для таких больных гиперпрекрасна, изумительна, абсолютно беспроблемна; характерна крайняя поверхностность суждений и оценок, оптимистическое отношение к своему настоящему и будущему, больные находятся в превосходном расположении духа, испытывают постоянную необычайную бодрость, прилив сил, никогда не испытывают усталости или какого-либо недомогания. Они принимаются одновременно за массу дел, но ни одно не доводят до конца. Внешне они выглядят на много моложе паспортного возраста, выражение лица восторженно-радостное, мимика сиюминутно меняется, глаза блестят от восторга, на лице постоянная улыбка, готовая в любую секунду перейти в громогласный смех, изо рта постоянно извергаются шутки и остроты, как правило, сексуальной направленности. Больные все время находятся в движении, ни минуты не могут усидеть на месте, постоянно поют, танцуют, хватаются за любую работу. Но из-за характерной для маниакального синдрома крайней отвлекаемости они переходят от одного дела к другому, ничего не доводя до конца и нимало не огорчаясь этим. Мышление при этом синдроме ускоренно вплоть до «скачки идей». Реализуется оно в речевой продукции: отмечается выраженное речевое возбуждение, больные постоянно громко говорят, перемежая громкую речь с не менее громким пением. Голосовые связки перенапрягаются, и уже через некоторое время голос становится охрипшим или совсем пропадает. Тем не менее больные продолжают болтать и петь «громким шепотом». Из-за выраженной отвлекаемости они обычно не договаривают одну мысль, тут же перескакивая на другую, третью и т.д. Но при этом всегда язык не успевает за мыслью. Может отмечаться гипермнезия (обострение памяти).

На высоте маниакального состояния могут возникнуть бредоподобные идеи о своих неограниченных физических и психических возможностях, способностях, талантливости, гениальности (справедливости ради следует подчеркнуть, что эти идеи величия никогда не носят нелепого, вычурного

характера).

Больные часто занимаются украшательством своей внешности, которой, кстати говоря, они очень довольны — все они красавицы и красавцы. Любят пестро и броско одеваться, используют при этом слишком много косметики. Кроме того, у больных происходит расторможенность инстинктов и влечений, резко усиливается аппетит, они много и жадно едят, почти не пережевывая пищу, тем не менее теряют массу тела из-за «вечного движения». Половое влечение усиленно, больные легко вступают в случайные связи, постоянно говорят о сексе, даже в пожилом возрасте.

Больная Р., 80 лет от роду, в маниакальном состоянии перебегала дорогу в неположенном месте и едва не угодила под грузовик. На соответствующую тираду молодого водителя больная томно ответила: «Под машину попадать не хочу, мечтаю попасть под шофера».

Наиболее распространенным вариантом маниакального синдрома является описанная выше радостная мания. Однако встречаются больные, у которых эйфория сочетается с повышенной раздражительностью и крайним недовольством окружающими (так называемая гневливая мания). Значительно реже отмечается бредоподобный вариант мании.

Маниакальный синдром проявляется при очень многих психических и соматических заболеваниях.

Больная М., 42 лет, поступила в острое отделение психиатрической больницы в состоянии сильнейшего двигательного возбуждения: двое санитаров с трудом удерживали ее, чтобы измерить артериальное давление. Предоставленная сама себе, она пляшет, громко поет частушки с ненормативной лексикой, сопровождая это мимикой и, особенно, пантомимикой. Пытается устроить хор, тормошит больных, чтобы «построить по голосам». Одновременно дает указание медицинским сестрам, как делать «безболезненные уколы», а врачам — «как лечить симулянтов». Чрезвычайно быстро переключается с одного вида деятельности на другой, еще не собрав хор, тут же с криком «Все на субботник!» начинает одевать кого-то из больных, но не закончив, тут же хватается за веник и начинает подметать пол. Однако через секунду заявляет, что пол надо сначала вымыть, бежит за водой, но по пути подхватывает пожилую няню и пытается «закружиться в вихре вальса». От возбуждения не может сидеть, ест стоя и пританцовывая. Ночью спит всего три часа, все остальное время тормошит больных, заставляя их то петь, то заниматься аэробикой, то устраивает соревнование: кто всех перекричит. При ее осмотре молодым врачом мужского пола грубо предлагает ему себя, охотно обнажается и демонстрирует «красоту тела», пытается прикоснуться к интимным местам врача.

Депрессивный синдром

Для депрессивного синдрома характерна триада взаимосвязанных симптомов: патологически пониженное настроение (дистимия), замедление ассоциативного процесса и двигательная заторможенность.

Выраженность дистимии (основополагающего симптома) варьирует от легкой безрадостности *(unlust),* подавленности, грусти до глубокой тоски с душевной болью, которую пациенты переживают гораздо мучительнее, чем боль физическую. Окружающее воспринимается как бы через черные очки, все видится в мрачных, безнадежных красках, ничто не радует, не приносит удовлетворения. Полностью утрачивается интерес к окружающему, больной во всем находит мрачное для себя предзнаменование, мир воспринимает исключительно как источник страданий и бесперспективности. Единственный выход — это смерть. У больных резко снижается самооценка, они начинают считать себя неудачниками, профанами, глупыми, бездельниками, «паразитами на теле общества», не способными ни на что хорошее, дельное. Депрессивное настроение отражается и на внешнем виде больных: они выглядят значительно старше паспортного возраста, сидят в скорбных позах, руки безжизненно висят вдоль туловища, голова опущена на грудь, взор потухший или же в глазах мировая скорбь, волосы тусклые, кожа лица тускло-серая. Гнетущая, безысходная тоска переживается не только как душевная боль, но она сопровождается тягостными физическими ощущениями (витальная тоска), неприятными ощущениями в эпигастрии, тяжестью или болями в области сердца. Депрессивное настроение особенно выражено по утрам, к вечеру напряженность депрессивного аффекта несколько снижается, хотя и остается достаточно выраженной. Именно благодаря депрессивному настроению у больных часто отмечаются суицидальные мысли, тенденции и действия.

Мышление крайне замедленно, вплоть до полного исчезновения ассоциаций и ощущения «пустой головы». Думать физически трудно, мысли тяжелые, неповоротливые — «не текут, а тащатся»; больной думает исключительно о собственной никчемности, безнадежности, по существу он находится как бы в состоянии «страшного суда Господня». Речь бесцветная, односложная, голос безжизненный, тусклый.

Достаточно выражена при депрессивном синдроме и двигательная заторможенность, больные крайне медленно, с трудом переставляя ноги, двигаются. Движения им физически трудны, отличаются моторной неловкостью, неуклюжестью, большую часть времени они проводят в постели или сидят в сгорбленной позе, может даже наступить депрессивный ступор (полная обездвиженность). Иногда двигательная заторможенность по каким-то причинам сменяется приступом двигательного возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус). Пациент выявляет выраженную аутоагрессию: бьется головой о стену, царапает себе лицо, ломает пальцы, пытается выброситься в окно или, разогнавшись, «ныряет» в стену. Меланхолический раптус обычно реализуется в суицид.

Практически всегда при депрессии отмечается угнетение инстинктивной деятельности. Аппетит или резко понижен, или полностью отсутствует (анорексия), как, впрочем, отсутствует и сексуальность. Значительно нарушается сон в виде трудностей засыпания, его поверхностности, сверхчуткости и наличия тревожных сновидений мрачновато-устрашающего характера. Весьма типичен и так называемый феномен «раннего пробуждения»,

когда больной просыпается в 2—3 часа ночи и более не может уснуть. В целом, в основе нарушений формулы сна лежит не только дисгармония между фазами медленного и быстрого сна, но и нарушения чередований отдельных составляющих медленного сна.

Нередко отмечаются депрессивные головные боли, запоры, спазмы внутренних органов, нарушение периферического кровообращения, учащение или урежение пульса, колебания артериального кровяного давления в сторону его повышения, сухость кожи и слизистых, падение массы тела, аменорея, полная импотенция. Очень характерна и так называемая «предсердечная тоска» — чувство стеснения в груди, сдавливание сердца, напряжение в области сердца. В.П.Протопопов описал при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза характерную триаду в виде расширения зрачков, тахикардии и спастических запоров (триада Протопопова). Иногда при чрезвычайно выраженной депрессии отмечаются затруднения слезоотделения (тоска с сухими глазами), а также сухой вплоть до появления трещин язык. Количество выделяемой слюны снижается с 0,07 (норма) до 0,005 в 1 мин.

Описание депрессии пациентами во многом зависит от уровня интеллекта, общего развития и эмоциональной зрелости. Вот, например, как образно описывала в стихах начало депрессии больная Б., преподаватель русского языка и литературы по образованию.

Веретенообразная ночь,
Ты поймала меня в паутину
Из секущих осенних дождей
И промозглых октябрьских ветров.
Все пытаюсь я вырваться прочь,
Бросив осточертевшее тело,
И в друзьях своих вдруг растворясь,
Превратиться в раскаяния дочь.
А друзья, принимая меня, не виня,
Отложив «на потом» даже самое важное дело,
Будут душу мою врачевать и спасать,
Бинтовать оголенные нервы, согревать мое грешное тело.
Мы живем и реальностью души свои изменяем,
Все мы тени от Босха, свою плеть получаем сполна,
Глубину наших чувств мы давно уж не измеряем,
Положившись на то, что судьба нас рассудит сама.
И пройдя, пережив девять Дантовых кругов,
Выпив ночь, с растворенными ядами снов,
Буду ль я возвращаться, протянув руки другу,
Пробираясь по отблескам несуществующих слов.

На высоте депрессивного состояния могут возникнуть бредовые и бредоподобные идеи из группы бреда самоуничижения.

Выделяют варианты депрессивного синдрома.

Меланхолическая депрессия **в** основном соответствует описанному выше состоянию. На первый план выступает угнетенное настроение, медленное течение мыслей и двигательная заторможенность. Инстинкты и влечения нарушены. Для меланхолической депрессии не характерны тревога и страх.

Тревожная депрессия характеризуется аффектом не только тоски, но и выраженной тревоги, страха, когда больной испытывает огромное внутреннее беспокойство, связанное с ожиданием неизбежного несчастья или трагедии для себя и родственников. Больные двигательно расторможены, не находят себе места, постоянно по пустякам обращаются к медперсоналу с просьбой, о помощи или немедленном умертвлении. Если двигательное возбуждение достигает максимума, больные мечутся по отделению, громко стонут, наносят себе повреждения (ажитированная депрессия с высоким суицидальным риском).

Ипохондрическая депрессия — на фоне тоскливого или тоскливо-тревожного аффекта возникают выраженные ипохондрические идеи о наличии у больных неизлечимых тяжелых заболеваний или необратимых патологических процессов внутренних органов вплоть до полного их отсутствия (нигилистический бред). Довольно часто ипохондрическая депрессия реализуется в синдром Котара. Например, больной И. так образно определил свою ипохондрическую депрессию: «Если долго смотреть во Тьму, то Тьма посмотрит на тебя». Ипохондрическая депрессия в клинической практике часто сочетается с тревожной или ажитированной.

Анестетическая депрессия — больные начинают жаловаться на чувство потери любви к самым близким людям (родителям, детям, братьям, сестрам). Кроме того, теряют способность удовлетворения познания в широком смысле. У больных, по их мнению, теряются все чувства, остается лишь чувство потери чувств (чувственная бесчувственность — *anaesthesia psychica dolorosa).*

Апатическая депрессия — значительное ослабление всех побуждений и желаний. Пациенты отличаются выраженной вялостью, безразличием к себе и окружающим, уклоняются от любых контактов, ничем не занимаются, сутками находятся в постели, лишь иногда с видимым неудовольствием вставая в туалет. Они безразличны к еде из-за резкого снижения пищевого инстинкта, могут неделями ничего не есть, не испытывая при этом каких-либо страданий. Единственное их желание — чтобы их оставили в покое и не трогали.

Маскированная депрессия — этот депрессивный синдром проявляется в различных вегетативных и соматических симптомах, усиливающихся по утрам и относительно ослабевающих в вечернее и ночное время. Тоска внешне не выражена, больные постоянно посещают соматологов, предъявляя массу жалоб на расстройство сердечно-сосудистой системы, различные болевые ощущения в области желудочно-кишечного тракта и т.д. Эти жалобы и маскируют депрессивную симптоматику, уводя врачей от лечения основного заболевания. Известно, что при депрессии всегда есть те или иные соматические проявления как ее следствие. При маскированной депрессии причина и следствие как бы меняются местами. При этом тщательное клиническое обследование не выявляет у больных наличия какой-либо соматической патологии. Тем не менее

больные упорно продолжают лечиться у интернистов, хотя эффект, как правило, нулевой. Больные объясняют это низкой квалификацией терапевтов и обращаются за консультацией и лечением к следующей группе врачей, впрочем также безрезультативно. Только назначение антидепрессантов способствует редукции подобной «соматической патологии».

Меланхолическая и апатическая депрессия чаще всего отмечается при эндогенных заболеваниях, тревожная и ажитированная — при сосудистых и инволюционных психозах, маскированная — при аффективных и психосоматических расстройствах.

Больная Р. обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение и «отвратительное» самочувствие. На приеме тосклива, подавлена, постоянно плачет, жалуется на то, что уже давно не радуется жизни, не может получать удовлетворение ни от чтения, ни от просмотра телепередач, читать «стало трудно», ибо не понимает смысла прочитанного, думать стало физически трудно, мышление заторможено, не может включиться даже в разговор на банальные житейские темы, хотя раньше «любила посплетничать». Любое движение дается с большим трудом, невыносимо трудно просто встать и подогреть чай. Аппетита нет никакого. Настроение несколько улучшается к вечеру, но все равно остается безрадостным. Сон плохой, долго не может уснуть, крайне чуткий, поверхностный с кошмарными сновидениями и частыми пробуждениями. Просыпается в 2—3 часа ночи и больше уснуть не может (феномен раннего пробуждения).

Апатический синдром

Апатия (безразличие) как симптом часто сочетается с абулией (безволие), оформляясь в единый апатико-абулический синдром, называемый также апатическим. Это конечное состояние шизофренического процесса, которое проявляется полной бездеятельностью, равнодушием, отсутствием каких-либо интересов и желаний. Больные бесцельно неделями, а то и месяцами лежат в постели, не выражая ни малейшего интереса к окружающему. Они выявляют полное безразличие и к собственным потребностям, и к собственной личности — им не хочется вставать с постели, они могут долго не есть, так как «лень вставать и готовить», по этой же причине они неопрятны, не умываются, не причесываются, ко всему глубоко равнодушны и безразличны. Такие больные нуждаются в постоянной опеке.

Больная Г., многие годы страдающая шизофренией и находящаяся уже в дефектном состоянии, днями напролет лежит в постели, ничем не занимается, не разговаривает, лишь иногда издает нечленораздельные звуки, взгляд неподвижный, ни на что не реагирует, обращенную к ней речь игнорирует либо беззвучно шевелит губами, самостоятельно есть не может, но вложенную в рот пищу жует и проглатывает, неопрятна, может весь день пролежать в сырой или грязной постели, не выражая при этом никакого беспокойства.

6. ПАТОЛОГИЯ ВОЛИ И ВЛЕЧЕНИЙ

Воля и ее нарушения

Воля — это психический процесс, который проявляется как способность к выбору действий, связанных с преодолением внутренних и внешних препятствий, т.е. это индивидуальная способность к сознательной психической деятельности. Степень необходимого волевого усилия для достижения цели определяется силой воли. Волевое действие — это процесс принятия решения. По своей форме волевое действие бывает простым и сложным.

Простое волевое действие совершается тогда, когда потребность к действию почти автоматически переходит к самодействию. **Сложное волевое действие** происходит тогда, когда действию предшествует учет его последствий, осознание мотивов действия (т. е. зачем это надо), принятие решения, составление плана действия.

Этапы сложного волевого действия:

1) цель;
2) определение возможности ее достижения;
3) определение мотивов, которые подкрепляют эти возможности;
4) борьба мотивов (т.е. выбор доминирующего мотива);
5) принятие одной из возможностей в качестве версии (гипотезы);
6) осуществление принятого решения.

В волевой деятельности проявляются и формируются соответствующие волевые качества личности. Волевая деятельность у различных людей протекает по-разному: один проявляет настойчивость, другой не проявляет, один самостоятелен в принятии решений, другой, наоборот, внушаем, один поражает своей решительностью, другой нерешителен.

Спектр волевых качеств личности характеризует ее волевую деятельность с положительной и отрицательной стороны. Когда способы осуществления волевых актов и их типичные проявления приобретают в поведении человека определенность и устойчивость, они превращаются в характерные волевые качества самой личности. Таких качеств довольно много, но мы коснемся здесь лишь наиболее существенных.

Самостоятельность заключается в том, что человек определяет свои поступки, ориентируясь не на давление окружающих, не на случайные влияния, а исходя из своих убеждений, знаний и представлений о том, как надо поступать в соответствующей ситуации. Самостоятельность в решении возникающих задач — характерное свойство развитой воли. Ее противоположностью является внушаемость: человек легко подвергается чужим влияниям, а мотивы его действий возникают не из его собственных сложившихся мнений и убеждений, а как результат сторонних влияний.

Решительность — волевое качество личности, которое выражается в способности своевременно и без лишних колебаний принимать достаточно обоснованные решения, а затем обдуманно проводить их в жизнь.

Противоположностью является нерешительность: человек колеблется в принятии решения, сомневается в том, как ему следует поступить, борьба мотивов становится нескончаемой. Нерешительность обнаруживается и в реализации принятого решения. Страх перед окончательным шагом приводит к тому, что нерешительный сначала откладывает принятие решения, а затем, решив, начинает его иногда неоднократно пересматривать.

Настойчивость — умение мобилизовать свои возможности для борьбы с трудностями. Настойчивость следует отличать от заурядного упрямства. Упрямство заключается в неспособности, несмотря на разумные обоснования, отказаться от намеченного плана действия, от принятого ранее малопродуманного решения, в неумении взглянуть в глаза реальным обстоятельствам, гибко отнестись к изменившейся ситуации. И в этом проявляется слабая воля человека.

Выдержка (самообладание, умение владеть собой) сказывается в способности заставить себя выполнить принятое обоснованное решение, преодолевая мешающие этому побуждения, такие как лень, страх и пр. Иначе говоря, выдержка состоит в умении подчинить себе нежелательные и при этом достаточно сильные побуждения. Она выражается в умении сдерживать неодобряемые самим человеком проявления чувств — раздражение, страх, гнев, ярость, отчаяние и т.д.

Целеустремленность — умение подчинить все свои действия поставленной задаче.

Инициативность — умение работать творчески, совершая действия и поступки по собственному почину.

Организованность — разумное планирование своей деятельности.

Дисциплинированность — сознательное подчинение своего поведения общепринятым нормам и установленному порядку.

Смелость — умение побороть страх и идти на оправданный риск ради достижения цели.

Исполнительность — старательность, выполнение в срок поручений и обязанностей.

Препятствия для воли бывают внутренними и внешними. Внутренние препятствия для исполнения воли — это отношения и установки человека, болезненные состояния, усталость, депрессия. Внешние препятствия — время, пространство, физические свойства веществ, препятствия окружающих людей. Для преодоления этих препятствий необходимо приложить дополнительное волевое усилие.

Патология воли у психически больных людей проявляется в виде снижения волевой активности — гипобулии, крайний вариант которой сводится к абулии, т.е. полному безволию; повышения волевой активности — гипербулии; и извращения воли — парабулии.

Гипобулия

Понижение волевой активности может проявляться при различных психических заболеваниях, особенно при шизофрении и ступорозных состояниях различного генеза.

Кататонический ступор развивается внезапно, без видимых причин, иногда вслед за кататоническим возбуждением или после субступорозного состояния. Проявляется в обездвиженности или крайней замедленности ритма движения, восковидной гибкости (каталепсии), выражающейся в сохранении больным приданной ему позы, порой очень неудобной, мутизме, негативизме, амимии, отсутствии реакции на боль, на окружающую обстановку. Больные могут подолгу лежать с приподнятой, лишенной опоры головой (симптом воздушной подушки) или в позе эмбриона. Для кататонического ступора весьма характерен мутизм (молчание), активный и пассивный негативизм. Пассивный негативизм проявляется в молчаливом отказе от требуемых действий. Активный — в сопротивлении воздействию извне и в стремлении совершить противоположное воздействию действие. Например, больного просят показать язык, на что он стискивает зубы и зажимает рот руками. Нередко при кататоническом ступоре выявляется эхолалия (повторение слов окружающих), эхопраксия (повторение действий и движений окружающих), эхомимия (повторение мимики окружающих), симптом капюшона (больной натягивает на голову куртку или рубашку, наподобие капюшона), симптом пассивной подчиняемости (отказываясь от чего-то, больной тем не менее делает то, что от него требуется, хотя с этим и не согласен), симптом Бумке (отсутствие зрачковой реакции на болевые раздражители), импульсивность (больной импульсивно вскакивает с постели, наносит сильный удар проходящему мимо его кровати другому больному и также внезапно снова ложится в эмбриональную позу). Физиологические отправления нередко совершаются прямо в постели.

Кататонический ступор может прерываться приступами импульсивного возбуждения. При кататоническом синдроме сознание может быть ясным (так называемая люцидная кататония) или помраченным (онейроидная кататония). Кататонический ступор может длиться несколько месяцев, а в неблагоприятных случаях и несколько лет.

Депрессивный (меланхолический) ступор выражается в двигательной обездвиженности вплоть до оцепенения на фоне тяжелой депрессии. В отличие от кататонического на лице отмечается откровенная маска страдания, никогда не бывает негативизма, мутизма и восковой гибкости.

Апатический ступор — типичный пример не столько гипобулии, сколько абулии. Это обездвиженность, обусловленная полным отсутствием у больного каких-либо интересов или желаний. Больной с апатическим ступором производит впечатление «трупа с открытыми глазами».

Психогенный ступор развивается после выраженной психической травмы и проявляется в двигательном оцепенении с аффектом недоумения и трагичности на лице. Как правило, длится недолго, проходит после разрешения

психотравмирующей ситуации. Время психогенного ступора обычно амнезируется. Из разновидностей психогенного ступора чаще всего отмечается ***истерический ступор.*** Он является следствием пассивно-оборонительной реакции в трудной обстановке, требующей напряжения, ответственности и угрожающей благополучию больного. Развивается полная обездвиженность, больной молчалив, все время проводит в постели, на вопросы не отвечает (в некоторых случаях дает редкие лаконичные «нужные» ответы). Лицо неподвижно, с выражением тоски, печали, напряжения, взор остановившийся, на глазах слезы. Иногда больные принимают вычурные позы, гримасничают или проявляют черты пуэрилизма, псевдодеменции. Реже истерический ступор прерывается психомоторным возбуждением с живыми проявлениями эмоциональности, демонстративным поведением (в присутствии врачей или другого медицинского персонала) и вегетативными проявлениями. Истерический ступор может длиться неделями, месяцами и проходит бесследно после того, как больному становится известно, что угрожающая ему опасность миновала.

Галлюцинаторный ступор развивается в тех случаях, когда яркие захватывающие галлюцинации целиком поглощают внимание больного. Отмечается двигательная заторможенность, доходящая до полного оцепенения. На лице обычно застывшее выражение ужаса. Состояния галлюцинаторного ступора, хотя и кратковременны, но склонны к повторению. Чаще отмечается при инфекционных психозах (в частности, при инфекционном де-лирии).

Гипербулия

Повышение волевых импульсов, повышенная активность часто наблюдается при маниакальных, паранойяльных состояниях и сверхценных идеях. Однако продуктивность этой деятельности чрезвычайно мала из-за повышенной отвлекаемости и неспособности довести дело до конца (маниакальное состояние) или крайней односторонности и парциальной избирательности (паранойяльные и сверхценные идеи).

Парабулия

Это извращение волевой активности особенно отчетливо проявляется в кататоническом возбуждении. Парабулия выражается в хаотичных, стереотипных, бессмысленных движениях, совершаемых в ограниченном пространстве и сочетающихся либо с мутизмом («немое возбуждение»), либо со стереотипными выкрикиваниями отдельных слов (вербигерация). Кроме того, выявляется отчетливая импульсивность действий, моментальность совершения какого-либо агрессивного действия. Например, больной кататонией, находящийся в эмбриональной позе, мгновенно вскакивает, наносит мощный удар в челюсть санитару и тут же ложится в прежнюю позу. Кататонческий ступор и кататоническое возбуждение могут протекать на фоне

ясного (люцидная кататония) или помраченного сознания (онейроидная кататония).

С известной долей условности к парабулии можно отнести и гебефренический синдром, тем более что он очень часто сочетается с кататоническим возбуждением. *Гебефренический синдром* (Геба — богиня утренней зари) проявляется в нелепом, дурашливом поведении с гримасничанием, клоунадой, пустым, незаражающим весельем. Больные постоянно кривляются, строят рожи, показывают язык, мяукают, хрюкают, принимают циничные, непристойные позы. Речь ускорена, с обилием неологизмов, ходят больные вычурной походкой, подпрыгивая или подволакивая ноги. На приветствия не отвечают или протягивают вместо руки ногу и начинают цинично браниться, при этом обычный тривиальный мат расцвечивается неологизмами при повышенном фоне настроения.

Нарушение влечений

В эту группу патологических состояний входят извращение инстинктивных влечений к пище, нарушение инстинкта самосохранения и расстройства полового влечения.

Извращение влечения к пище. Усиление влечения к пище называется *булимией,* это волчий голод, неконтролируемое поглощение огромного количества пищи при отсутствии насыщаемости. Отмечается в норме у людей с гиперфагической реакцией на стресс, когда они «заедают свои психологические проблемы», при этом поедание большого количества пищи в какой-то мере снижает патогенность стресса. В патологии булимия отмечается при умственной отсталости, шизофреническом дефекте, нервной анорексии и некоторых других психических расстройствах. *Полидипсия* — патологическая неутолимая жажда. *Анорексия* — утрата чувства аппетита при наличии физиологической потребности в питании. В психиатрической клинике анорексия часто отмечается при депрессивных и астенических состояниях разного генеза, кататоническом и апатическом ступоре, при хроническом алкоголизме, при истерии и некоторых формах психогений. *Парорексия* — стремление поедать несъедобное (мусор, землю, газеты, оберточную бумагу). Отмечается при старческом слабоумии и тяжелой идиотии. *Копрофагия* — влечение к поеданию собственных экскрементов (мочи и кала). Отмечается при тяжелых формах олигофрении и старческом слабоумии.

Ослабление инстинкта самосохранения выражается в отсутствии или значительном снижении реакции самосохранения при возникновении реальной опасности: реализуется в стремлении к членовредительству и самоубийству (суицидомания) у депрессивных или депрессивно-параноидных больных. Методы и способы самоубийства нередко бывают весьма жестокими и необычными.

Наиболее многообразны ***извращения полового влечения (парафилии).***

Гомосексуализм (мужеложество, лесбиянство) — половое влечение к лицам того же пола. Отмечается как у мужчин, так и у женщин. Гомосексуалисты (лесбиянки) делятся на активных, играющих в половом акте мужскую роль, и пассивных, исполняющих женскую роль. Это расстройство часто отмечается при акцентуациях личности, психопатиях и шизофрении.

Садизм — удовлетворение полового влечения путем причинения партнеру психологической или физической боли. Иногда истязание полового партнера сопровождается его убийством и тогда половой акт заканчивается уже с трупом (некрофилия).

Мазохизм — стремление получать от полового партнера во время сношения физическую боль или моральные страдания.

Садизм и мазохизм могут сочетаться и чередоваться у одного и того же лица (садомазохизм).

Фетишизм — использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются как бы дополнением к человеческому телу: предметы одежды, обуви, личная косметика лица противоположного пола. Другие характеризуются особым материалом, таким как резина, пластик, кожа, ремни, плетки. Фетиши могут варьировать в их значимости для индивидуума. В некоторых случаях они просто служат для повышения сексуального возбуждения, достигаемого обычным путем (например, при надевании на сексуального партнера какой-нибудь особой одежды). Фетишизм часто сопровождается мастурбацией с использованием фетиша. Иногда индивид для сексуального возбуждения надевает одежду противоположного пола фетишистский трансвестизм). Фетишизм встречается исключительно у мужчин с личностными нарушениями и умственным недоразвитием.

Некрофилия — извращенное половое влечение к свежим трупам. Лица с подобной патологией нередко специально устраиваются ночными сторожами в морги, чтобы спокойно и безнаказанно удовлетворять свою страсть. Эта парафилия может отмечаться при тяжелом органическом поражении мозга и при исходном состоянии шизофрении.

Геронтофилия — половое влечение к старикам или очень пожилым людям.

Педофилия — половое влечение к детям, которое не всегда выражается только в половом насилии, чаще педофил обнажается перед детьми, заставляя их трогать свой половой член, или манипулирует половыми органами детей. Геронто- и педофилия отмечаются при тяжелых психопатиях.

Содомия (скотоложество, зоофилия) выражается в стремлении совершать половой акт с мелким рогатым скотом (козы, овцы). Встречается как у мужчин, так и у женщин (в последнем случае половыми партнерами выступают крупные кобели). Эта форма парафилии нередко отмечается при олигофрении.

Эксгибиционизм — парафилия, при которой половое удовлетворение наступает в результате обнажения половых органов в присутствии лиц противоположного пола. Нередко сочетается с мастурбацией.

Трансвестизм — стойкое влечение переодеваться в одежду и принимать облик лица противоположного пола. Может сочетаться с гомосексуализмом, лесбиянством и фетишизмом.

Трансексуализм — страстное желание переменить свой пол при помощи оперативного вмешательства. Это нарушение половой идентификации обычно отмечается с раннего детства. Такие дети с раннего возраста одеваются и ведут себя как представители противоположного пола (мальчики играют в куклы, девочки предпочитают военные игры). При невозможности сменить пол во взрослом состоянии они могут прибегнуть к самоубийству.

Вуайеризм — периодическая или постоянная наклонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или такими «интимными делами», как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы.

Импульсивные влечения

Непреодолимая тяга к каким-то действиям и поступкам без внутренней борьбы полностью овладевает сознанием больного и определяет его поведение. Импульсивные влечения воспринимаются больным как чуждые, нелепые, болезненные; в типичных случаях они реализуются без внутреннего сопротивления.

Дромомания (вагобандаж) — внезапно возникающее неодолимое стремление к бродяжничеству, побегам из дома, скитаниям, «охота к перемене мест». Больные бросают работу, семью, детей, без соответствующей одежды, денег, полуголодные они совершают длительные поездки или часами бесцельно бродят по городу. У больных с этим видом патологии есть критическое отношение к дромомании, но преодолеть ее усилием воли они не могут, как, впрочем, не могут и не совершать ее, так как только это импульсивное влечение, по их мнению, способно снять выраженное внутреннее беспокойство и тревогу, характерные для указанного расстройства.

Клептомания — импульсивное влечение к воровству, стремление украсть ту или иную вещь, которая на самом деле вору и не нужна, ибо воровство совершается ради процесса, а не результата. Именно поэтому после совершения воровства больной мгновенно теряет интерес к украденной вещи и незаметно возвращает ее владельцу или же выбрасывает за ненадобностью.

Дипсомания — непреодолимое влечение к крепким спиртным напиткам. Даже наличие отчетливой критической оценки последствий запоя не останавливает больного. Возникает обычно как результат выхода из дисфории при эпилепсии, травмах мозга, эпилептоидной психопатии и при некоторых формах депрессии.

Пиромания — острое, внезапно возникающее влечение к поджогам. У лиц, страдающих этой патологией, уже в детстве или подростковом возрасте можно выявить проявления повышенного интереса к огню (по сравнению со

сверстниками): они любят разводить костры, устраивать различные игры с огнем, растапливать печи и т. д. Очевидных мотивов для пироманических тенденций у больных, как правило, нет. Пациенты обнаруживают аномальный интерес к противопожарным машинам и оборудованию, к другим предметам, имеющим отношение к огню и вызову пожарной команды. У некоторых пиромания выражается в множественных ложных вызовах пожарной команды и соответствующих наблюдениях. Некоторые люди с подобной тенденцией выбирают соответствующую профессию пожарника или сжигателя мусора на свалках.

Гомицидомания — импульсивное влечение к убийству. Этим расстройством страдают многие (если не все) маньяки-убийцы.

Инцестофилия — непреодолимое влечение к половым сношениям с близкими родственниками. Такие отношения описаны между матерью и сыном, отцом и дочерью, братом и сестрой. Один из партнеров страдает алкоголизмом, шизофренией или олигофренией.

Патологическое влечение к азартным играм — это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей. Пациенты могут рисковать своей работой, делать большие долги и нарушать закон, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Они испытывают непреодолимое влечение играть в азартные игры, ими овладевают мысли о процессе игры и тех обстоятельствах, которые ему сопутствуют.

Трихотилломания — расстройство, характеризующееся заметной потерей волос на голове в связи с неспособностью противостоять влечению выдергивать их. Выдергиванию волос обычно предшествует нарастающее внутреннее напряжение, выдергивание же приносит чувство облегчения и удовлетворения. Встречается чаще у психически больных детей, обычно сочетается с двигательными расстройствами.

Симптом Плюшкина — патологическое влечение к собиранию на помойках различного мусора и хлама и складирование его в комнате или квартире. При длительном сохранении этого симптома квартира пациента вскоре напоминает настоящую помойку с соответствующими запахами, обилием мелких животных. Впрочем пациентов это не останавливает и процесс накопительства хлама осуществляется, пока его не прервет санитарная служба. Этот вид патологии чаще отмечается при старческих психозах, а также при тяжелых формах олигофрений.

Описанные выше варианты патологии влечения являются не самостоятельными заболеваниями, а лишь симптомом патологии волевой сферы и входят составной частью во многие психические заболевания. Тем не менее чаще всего они отмечаются при шизофрении, психопатиях и олигофрениях, хотя встречаются и при других психических расстройствах (например, при аффективной патологии).

7. ПСИХОМОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

К этой группе расстройств относят проявления ступора (кататонического, депрессивного, психогенного), кататонического возбуждения, гебефренического синдрома (все это описано выше) и различного вида припадки.

Припадок — это кратковременное, внезапно возникающее болезненное состояние в виде потери сознания и типичных судорог. Чаще всего в психиатрической практике встречается ***большой судорожный припадок*** (*grand mat)*. В динамике большого судорожного припадка можно выделить следующие этапы: предвестники, аура, тоническая фаза судорог, клонические судороги, постприпадочное состояние, переходящее в патологический сон.

Предвестники наступают за несколько часов или дней до припадка и выражаются в общем физическом и психическом дискомфорте, головной боли, крайней раздражительности, слабости, головокружении, пониженном настроении с недовольством и брюзжанием, иногда — дисфории. Эти расстройства еще не припадок, а, скорее, предтеча его.

Аура (дуновение) — это увертюра припадка, его фактическое начало, сознание остается ясным и больной отчетливо помнит состояние ауры. Аура обычно длится доли секунды или одну-две секунды, но больному кажется, что за это время пронеслись столетия (как это было у князя Мышкина в «Идиоте» Ф. М.Достоевского). По клиническому содержанию аура, которая, кстати, отмечается далеко не при каждом припадке, бывает различной, но у каждого больного она, как правило, одна и та же. Ее характер указывает на локализацию патологического очага.

Сенсорная аура выражается в различных парестезиях, нарушениях сенсорного синтеза, изменениях восприятия схемы тела, деперсонализации, обонятельных галлюцинациях, видении огня, дыма, пожара.

Двигательная аура проявляется в резких движениях тела, повороте головы, стремлении куда-то убежать или в резком изменении мимики лица.

Психическая аура чаще выражается в появлении страха, ужаса, чувства остановки времени или изменении скорости его течения, больной может видеть сцены массового убийства, обилие крови, расчленение трупов. Крайне редко больной, наоборот, испытывает невероятное чувство блаженства, экстаза, своей полной гармонией с Вселенной (также описана у князя Мышкина).

Висцеральная аура проявляется неприятными и болевыми ощущениями в области конкретных внутренних органов (желудка, сердца, мочевого пузыря и др.).

Вегетативная аура выражается в появлении вегетативных расстройств (резкая потливость, чувство одышки, ощущение сердцебиения). Учитывая кратковременность ауры, не все пациенты способны воспринять и, главное, осознать ее содержание, часто они говорят: «Что-то произошло, а что — не понял, а дальше вообще ничего не помню».

Тоническая фаза судорог начинается внезапно после ауры и выражается

в мгновенном нарушении сознания по типу комы, тоническом сокращении всех мышц тела, при этом больной падает наотмашь, получая дополнительные травмы черепа. Нередко перед началом тонической фазы больной издает «крик раненого зверя», обусловленный прохождением воздуха через голосовую щель при мощном сокращении мышц речевого аппарата. При тонической фазе дыхание полностью отсутствует, она продолжается в среднем 20—40 с и никогда больше 1 мин. В этой фазе больной может прикусить язык или внутреннюю часть щек, нередко отмечается непроизвольное мочеиспускание и иногда даже дефекация. Больной совершенно не реагирует на внешние раздражители, зрачковые и прочие рефлексы отсутствуют (кома). Судороги выгибают больного в дугу, в этой позе он опирается лишь на затылок и пятки.

Тоническая фаза сменяется ***клонической*** в виде быстрых сокращений отдельных групп мышц. Сознание в клонической фазе по-прежнему нарушено, больной не реагирует на внешние раздражители, у него отсутствуют зрачковые рефлексы, но восстанавливается дыхание (шумное, хриплое). С силой выдыхаемый воздух смешивается со слюной и кровью от прикушенного языка, образуя розовую пену на губах. Длительность клонической фазы — не более 3—4 мин. Постепенно судороги стихают, но еще некоторое время больной продолжает оставаться в коме, постепенно переходя через сопор и обнубиляцию в *патологический сон* на несколько часов. В состоянии патологического сна больного невозможно разбудить, он не проснется, даже если рядом с ним будут стрелять из пушки. Иногда патологического сна не бывает — после обнубиляции сознание постепенно проясняется, но больной еще некоторое время остается дезориентированным в месте и времени.

И тонические, и клонические судороги вызывают сильнейшие болевые ощущения, кома как бы ограждает пациента от переживания этой боли, этим же объясняется и некоторое продолжение комы и после прекращения пароксизмов.

Весь припадок, за исключением ауры, больным полностью амнезируется. Иногда большой судорожный припадок может ограничиваться только аурой и тонической фазой, или аурой и клонической фазой. Такая разновидность конвульсий называется *абортивным припадком.*

Малый судорожный припадок (*petit mat*) также может, хотя далеко не всегда, начаться аурой и характеризуется внезапной потерей сознания на несколько секунд, но больной не падает, так как нет стадии тонических судорог, отмечается лишь клоническое подергивание отдельных мышц или ограниченной группы мышц. Припадок в целом кратковременен, затем у больного наступает амнезия всего времени приступа. К малым припадкам относятся так называемые *кивки, клевки* — судорожные движения головой вперед и вниз, больной может разбить лицо, сознание полностью выключено. К малым припадкам некоторые авторы относят и *салаамовы судороги,* которые выражаются во внезапном сгибании тела (поза полупоклона), голова опущена, руки сведены в традиционном мусульманском приветствии. Кивки, клевки и салаам-судороги, как правило, отмечаются у детей раннего возраста и характеризуются, кроме судорожного компонента, кратковременным выключением сознания с последующей амнезией.

Каталептический припадок выражается во внезапном падении мышечного тонуса во время смеха, плача или при неожиданном воздействии резкого звука или очень яркого света. При этом больной как бы оседает, медленно опускаясь на пол. Сознание остается ясным, амнезии его не отмечается. Каталептическим расстройствам родственны припадки особого вида — ***припадки клооса.*** Они выражаются во внезапном перерыве течения мыслей с чувством пустоты в голове, исчезновением опоры под ногами и невесомости всего тела или только нижних конечностей. Сознание полностью сохраняется, воспоминание об этом мимолетном необычном состоянии полное, что и отличает их от абсанса (см. ниже). Такие припадки иногда наблюдаются в начальном периоде психоза, обычно шизофрении.

Абсанс — кратковременная потеря сознания с отсутствием судорожного компонента.

Пикнолептический припадок — мгновенное застывание на одном месте с выключением сознания, запрокидыванием назад головы, закатыванием глазных яблок, слюнотечением. Припадки подобного рода характерны для детей младшего возраста.

Нарколептический припадок (одна из составляющих частей так называемого синдрома Пиквикского клуба) — характеризуется внезапно возникающей непреодолимой сонливостью в неподходящем месте и времени, в неудобных для сна позах, например во время ходьбы, поездок в транспорте, выступления на сцене, во время подвижных игр. Сон, как правило, продолжается около часа, после чего больной просыпается бодрым, активным. Такие припадки отмечаются в молодом возрасте, проходят внезапно, как и начались, не оставляя никакого следа.

Как у взрослых, так и у детей нередко отмечаются так называемые очаговые конвульсии, к которым относят джексоновские припадки, адверсивные приступы и кожевниковские судороги.

Джексоновский припадок — это эпилептический припадок в виде тонических или клонических судорог мышц пальцев рук и ног, локализованных или распространяющихся лишь на одну половину тела. При этом сознание не нарушено, оно утрачивается лишь в том случае, когда генерализованные судороги переходят на другую половину тела. Джексоновский эпилептический припадок свидетельствует о наличии патологического очага в коре головного мозга.

Адверсивный (адверзивный) припадок выражается поворотом головы или туловища в сторону, противоположную очагу поражения в головном мозге.

Кожевниковский припадок (эпилепсия Кожевникова) — клонические судороги в мышцах конечностей без выключения сознания. Если их интенсивность достаточно выражена, они могут переходить в генерализованные судороги. Чаще всего является следствием вирусного клещевого энцефалита.

Все эти эпилептические припадки могут также провоцироваться и внешними факторами, такими как переутомление, недосыпание, умственные перегрузки, астения после перенесенного соматического заболевания.

Любой эпилептический пароксизм необходимо дифференцировать с так называемым истерическим припадком. Последний всегда возникает на фоне психотравмирующей ситуации в присутствии «зрителей». При этом больная (чаще встречается именно у женщин) никогда не падает плашмя, как при эпилепсии, она всегда мягко опускается не на пол, а на кушетку, диван, кресло, стараясь не помять костюм, не испортить прическу. Даже находясь в состоянии истерического припадка, больная сохраняет красивую позу с маской страдания на лице. Сознание глубоко не нарушено, оно лишь сужено, больная воспринимает окружающее, понимает, что происходит. При истерическом припадке нет последовательной смены тонических и клонических фаз, длительность истерического припадка всегда больше 5 мин, движения и позы всегда выразительны, демонстративны, рассчитаны на «зрителей», фотореакции сохранены, никогда не бывает непроизвольного мочеиспускания, припадок самопроизвольно прекращается, когда окружающие оставляют больную одну, без зрителей.

Н.Д.Лакосина [25] предлагает следующую градацию различий между эпилептическим и истерическим припадками (см. табл. 1).

Таблица 1

Различия между эпилептическим и истерическим припадками

Признаки	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психогенное
Состояние сознания	Выключено	Сужено
Вариант падения	Как подкошенный	Осторожное оседание
Фазы судорог	Имеются	Отсутствуют
Состояние зрачков	Не реагируют на свет	Реагируют
Длительность (мин)	До 3-4	30 и более
Характерное время суток	Ночью, в одиночестве	Днем, в присутствии людей
Виды повреждения	Прикус языка, ушибы	Отсутствуют
Движения	Ограничены фазами	Размашистые, выразительные, демонстративные
Состояние после припадка	Кома с переходом в сон, олигофазия	Плач, рыдание, смех

8. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Симптомы нарушения сознания

Сознание — это высшая форма отражения действительности и умение целенаправленно воздействовать на нее.

Патология сознания сопровождает многие психические и тяжелые соматические заболевания, но во всех случаях она укладывается в пять синдромов нарушенного сознания: оглушение, делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменция. Появление этих синдромов свидетельствует об утяжелении клинической картины заболевания, это реакция мозга на ту или иную эндогенную или экзогенную вредность. Существует определенный регистр симптомов, общих для всех разновидностей синдромов помраченного сознания: отрешенность от внешнего мира, нарушение восприятия, нарушение мышления, нарушение памяти, дезориентировка. Лишь наличие всех этих симптомов в совокупности свидетельствует о помрачении сознания, ибо одно или два вышеуказанных состояния отмечаются и при ясном, ненарушенном сознании. ***Отрешенность от внешнего мира*** проявляется в нечетком и фрагментарном восприятии реальности, в утрате способности адекватно анализировать окружающую ситуацию, собственный опыт и делать соответствующие четкие выводы.

Дезориентировка выражается в нарушении ориентировки во времени, месте и даже и в собственной личности. Иногда у больных отмечается так называемая двойная ориентировка, когда пациент находится одновременно в двух ситуациях, местах. Он убежден, что лежит в московской больнице и одновременно пребывает в командировке на Сахалине, что он Иванов Иван Иванович в то же время «подопытный кролик», на котором испытывают «влияние космической пыли на биологические объекты Земли».

Происходящие вокруг больного события совсем не привлекают его внимания или воспринимаются неправильно, искаженно (иллюзорное или галлюцинаторное восприятие).

Нарушение памяти выражается в частичной или полной амнезии всего периода нарушенного сознания. ***Нарушение мышления*** — в бессвязности, замедленности темпа ассоциативного процесса, слабости суждения, появлении вторичного бреда. Повторимся: для констатации факта нарушения сознания необходимо установить все вышеуказанные критерии его помрачения, а не один или два из них. Так, например, дезориентировка и амнезия характерны для корсаковского синдрома, однако при нем никогда не бывает помрачения сознания.

Синдромы нарушенного сознания

Оглушение

Оглушение, или «парез психической деятельности» (Вальтер-Бьюэль), характеризуется повышением порога возбудимости и обеднением психической активности в виде замедления психических процессов в целом, затруднением контактов с окружающими. Из всего потока информации вызывают ответные реакции только те раздражители, сила которых превышает обычный для человека порог восприятия. В результате этого большая часть впечатлений от окружающей действительности теряется. Больные, не реагируя на речь обычной громкости, воспринимают лишь очень громко и настойчиво произнесенные вопросы. Ответы при этом крайне лаконичны и односложны, хотя и правильны. Такие стандартные раздражители, как умеренный шум, мокрая 'постель, холодная или очень горячая пища, не вызывают никаких реакций, так как находятся за пределами воспринимаемого. Наблюдается гипотимия, обездвиженность, больные не принимают активного участия ни в чем и производят впечатление дремлющих или спящих. Выражение лица безучастно. Отмечается нарушение ориентировки в месте и времени. Значительно страдает и рецепция, и ретенция, что может приводить к амнезии многих, а иногда и всех событий, происходящих во время оглушения.

Различают три степени оглушения: обнубиляцию, сопор и кому.

Обнубиляция — легкая степень оглушения. При этом состоянии отмечается колеблющийся тонус сознания — больной то понимает, где он находится, правильно отвечает на вопросы, то «отключен», растерян, с недоумением смотрит на окружающих, не понимает обращенную к нему речь. Внезапно может наступить эйфория, некоторая возбужденность, резко контрастирующая с безжизненностью и отрешенностью больного. Появление эйфории свидетельствует об утяжелении патологического процесса при интоксикации, черепно-мозговой травме или опухоли мозга и переходе обнубиляции в сопор.

Сопор выражается в глубоком оглушении, при котором с больным совершенно невозможно вступить в контакт, у него отсутствуют реакции даже на сильные раздражители. Больные производят впечатление глубоко спящих, лишь при очень сильных, запредельных слуховых раздражителях они еще могут открыть глаза или повернуть голову, однако тут же вновь погружаются в пучину сопора. При сопоре сохраняются лишь слабый кратковременный малодифференцированный оборонительный рефлекс (при уколе больной отдергивает руку), а также болевая и тактильная чувствительность, зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные рефлексы (в отличие от комы).

Кома — самая тяжелая степень оглушения, это полное выключение сознания. Исчезает болевая чувствительность, зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные рефлексы не вызываются. Иногда появляются патологические рефлексы.

Появление разной степени оглушения обычно связано с повышением внутричерепного давления и аноксемией мозга при опухолях мозга, кровоизлияниях. В ряде случаев оглушение связано с интоксикациями и инфекционными заболеваниями.

Делирий

Это один из самых распространенных синдромов нарушенного сознания. В своей выраженной форме он характеризуется наплывом ярких иллюзий и галлюцинаций, дезориентировкой во времени и месте, развитием бредоподобных и бредовых идей преследования, наличием выраженного аффекта страха, тревоги и сильным двигательным возбуждением. Развивается постепенно или остро. Первыми признаками начинающегося делирия является бессонница, диффузная, свободно плавающая тревога, беспричинный страх, парэйдолические иллюзии и гипногогические галлюцинации. Развернутая картина делирия обычно отмечается вечером или ночью с обилия зрительных и слуховых галлюцинаций негативного содержания. Больной слышит голоса, угрожающие ему четвертованием, чудовищной мучительной казнью, видит за окном или в доме своих преследователей или собутыльников. Галлюцинации становятся сценоподобными, комплексными. В состоянии делирия больной обычно оказывается в центре отрицательных для него событий, поведение его соответствует переживаемым галлюцинациям: прячется, когда его преследуют, оправдывается, когда упрекают или ругают, защищается при нападении. Резко нарушается ориентировка в месте и времени. Больной при этом живет и действует в своем иллюзорно-галлюцинаторном мире. События реального мира он не воспринимает или относится к ним как к второстепенным, незначительным. Вслед за расстройствами восприятия формируется вторичный бред преследования.

Интенсивность галлюцинаторных, бредовых и аффективных расстройств (страхи, тревога) и, соответственно, глубина помрачения сознания колеблется в степени выраженности, и в соответствии с этим меняется сложное оборонительное поведение больных. В утреннее и дневное время вся психопатологическая симптоматика делирия ослабевает, даже редуцируется. Больные успокаиваются, становятся доступными продуктивному контакту. Однако к вечеру вся симптоматика снова усиливается и достигает максимума ночью, когда больные бывают крайне трудны в поведении и могут быть даже социально опасными. Делирий длится от нескольких часов до недели. По выходе из этого состояния больной не помнит (амнезирует) реальных событий, но отчетливо помнит свои галлюцинаторно-иллюзорные переживания. Иногда после делирия сохраняется остаточный (резидуальный) бред преследования, когда больной еще несколько дней убежден в том, что его хотели убить соседи по лестничной площадке.

Делирий заканчивается относительно кратковременной сомато-психической астенией, во время которой может сохраняться «галлюцинаторная готовность» (положителен симптом Липмана). Так протекает типичный

делирий.

Выделяют, кроме того, неразвернутый (абортивный), профессиональный и мусситирующий делирий.

При *абортивном* делирий на фоне интенсивных иллюзорно-галлюцинаторных переживаний и бредоподобной или бредовой трактовки окружающего сохраняются все виды ориентировки. Абортивный делирий, как правило, длится всего несколько часов.

Профессиональный делирий практически не отличается от типичного, за исключением того, что больные якобы находятся на своем рабочем месте. Двигательное возбуждение при этом проявляется в виде воспроизведения привычных профессиональных движений (так, охранник «проверяет» у всех окружающих пропуск на завод, токарь «работает» на станке, хирург «оперирует», милиционер «ловит» террористов, проверяет у автомобилистов права на вождение машины и т.д.).

Мусситирующий (бормочущий) делирий характеризуется глубоким помрачением сознания вследствие тяжелого соматического заболевания. При этой разновидности делирия наблюдается беспорядочное, хаотическое, ограниченное в небольшом пространстве возбуждение, бормочущая, бессвязная речь с вербигераци-ей, бессмысленные хватательные движения руками (больной как бы «обирается», постоянно перебирает край одеяла или простыни, беспорядочно сжимает и разжимает пальцы рук). Иногда мусситирующий делирий заканчивается смертью или переходит в аменцию.

Делириозный синдром чаще всего отмечается при интоксикационных, инфекционных и сосудистых психозах, а также при травмах черепа и некоторых других органических поражениях головного мозга. В хирургической практике после больших полостных операций в 3 % случаев развивается типичный вариант делирия с выраженной дезориентировкой: больной может «перепутать» дверь палаты с окном и попытается «выйти в окно». В таком случае необходима интенсивная дезинтоксикация и проверка симптома Липмана в динамике (симптом Липмана выражается в легком надавливании на глазные яблоки с одновременным императивным внушением больному каких-либо зрительных образов на фоне закрытых глаз; если больной увидел внушаемый ему образ, значит симптом Липмана положителен и свидетельствует о высоком уровне интоксикации, следовательно, к вечеру можно ждать развитие делирия).

Онейроидный синдром

Онейроидное помрачение сознания (онейроид, сновидное, грезоподобное нарушение сознания) напоминает сон наяву — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно наступающих фантастических представлений. Образные переживания больных всегда имеют внутреннюю проекцию, т.е., в отличие от делирия, при онейроиде отмечается преобладание псевдогаллюцинаторных явлений, необыкновенно красочных и необычных. Окружающее воспринимается как специально подстроенное, для больного

«разыгрывается спектакль» с подставными лицами (бред инсценировки, бред двойника). Отмечается дезориентировка в месте и времени и двойная ориентировка в собственной личности, больной понимает, что он находится в больнице, но в то же время — командир космического корабля, несущегося в другие галактики, а окружающие его пациенты и медицинский персонал воспринимаются как коллеги-космонавты и встречающие корабль представители иных цивилизаций. Поведение больного, находящегося в онейроидном состоянии, резко контрастирует с его фантастической псевдогаллюцинаторно-бредовой симптоматикой — он обычно неподвижно лежит в постели, закрыв глаза, иногда совершает «летательно-плавные» движения руками, наблюдая за своими фантастическими приключениями как бы со стороны. При этом нарушается восприятие времени и собственного возраста больного — ему кажется, что он находится в полете уже несколько световых лет, за это время он несколько раз умирал и возрождался путем клонирования, его последнему «Я» уже несколько сотен лет. Иногда больной не лежит, а задумчиво бродит по отделению с «зачарованной улыбкой», весь обращенный в себя. При этом он иногда на достаточно упорные расспросы может сообщить о некоторых своих фантастических переживаниях. На высоте онейроида могут появиться единичные кататонические симптомы в виде, например, каталепсии или субступора. Следует особо подчеркнуть, что тематика переживаний во время онейроида черпается из собственного опыта, прочитанных книг фантастической серии, просмотренных фильмов соответствующего содержания (вероятно, именно поэтому фабула онейроидных переживаний у всех разная).

По выходе из онейроида больной сохраняет в памяти свои фантастические переживания, но амнезирует реальные события, произошедшие в его жизни во время этого болезненного приступа. Несколько дней может сохраняться резидуальный бред.

Длительность онейроида ограничивается несколькими неделями или днями. Чаще всего эта патология отмечается при шизофрении (онейроидная кататония), но иногда ее описывают при органических поражениях головного мозга и интоксикациях.

Приведем клиническое наблюдение.

Больной Е., 39 лет, геолог по образованию, находился на лечении в психиатрической больнице весной 1996 г., в течение 5 дней пребывал в онейроидном состоянии, по выходе из которого сообщил, что был командиром космического полета на Марс и одновременно исполнял обязанности геолога. На обратном пути он написал два отчета об этой экспедиции, один из которых приводим без всяких изменений.

Высадка на Марс

Приложение к отчету о перелете «Земля—Марс—Земля» командира космического корабля «Арго-3».

В дополнение к сводному отчету от 11.08.2000 г. сообщаю Совету «Интеркосмоса» и АН СССР:

в соответствии с программой перелета корабль «Арго-3» осуществил

посадку на Марс в период, соответствующий времени максимального таяния полярных шапок Марса, т.е. в то время, когда на планете существуют наиболее благоприятные условия для развития марсианской флоры.

Место посадки было выбрано в точке с координатами, соответствующими по марсианским широте и долготе аналогичным координатам г. Сочи, в равнинной части Марса. Первое, что мы увидели, высадившись на поверхность Марса, была обширная слабохолмистая равнина, покрытая крупнозернистым песком, даже гравием с размером зерен до 1,5—2,0 мм. Гравий по составу олигомиктовый (гомогенный) кремне-земнистый красновато-бурого цвета с частыми включениями слюды (флагопита) светло-золотистого оттенка. Повсюду в зоне обзора на поверхности Марса видны ручьи и реки различного размера. Вода в водотоках по составу исключительно пресная, даже ультрапресная. Во время забора воды для анализа мы видели плавающие в воде существа, которые неожиданно выскочили из воды и полетели вокруг нас. Эти рыбо-птицы вместо плавников имели складывающие перепончатые крылья красного оттенка. Они атаковали нас, пытаясь укусить, пришлось отбиваться от них всем, что было в руках. (Больной, находившийся в онейроиде, действительно постоянно от чего-то отмахивался.) Зубы этих рыбо-птиц напоминали зубы пираний. После ряда неудачных атак они нырнули в воду, чтобы через некоторое время, как бы набравшись сил, снова возобновить атаку. Так продолжалось до тех пор, пока вся команда не облачилась в скафандры, после чего как по команде атаки прекратились и в воздухе осталось всего два наблюдателя. Все остальные аборигены вернулись в воду. Периодически из воды вылетала свежая пара рыбо-птиц и происходила смена караула, но наблюдение за нами велось все время пребывания на Марсе. Попытка поймать хотя бы одного из этих существ оказалась безуспешной. Были собраны образцы местной растительности — ухоросы (типа земных кактусов) и хвойные кустарники (типа сосны или амурской ели), все они имели буровато-фиолетовый цвет. Отмечены также многочисленные виды бактерий и вирусов, не имеющих прямых аналогов в земных условиях.

12.08.2000 г. Командир «Арго-3» такой-то.

Сумеречное помрачение сознания

Этот синдром характеризуется внезапным началом, наличием выраженного напряженного аффекта беспричинной злобы и ярости, иллюзорно-галлюцинаторной симптоматикой, вторичным бредом преследования и отношения, дезориентировкой в месте и времени. Как в сумерках человек относительно хорошо видит лишь небольшое пространство перед собой, так и больной в сумеречном помрачении сознания воспринимает как бы ограниченное пространство пред собой, но исключительно в черно-красных тонах (например, черный поезд, увешанный трупами, из которых хлещет красная дымящаяся кровь). За пределами этого пространства мир для больного не существует и не воспринимается абсолютно. Но и в пределах пространства восприятие больного иллюзорно-галлюцинаторное,

подпитываемое чрезвычайной злобой и агрессией. Поэтому «попавшего» в это пространство случайного прохожего больной представляет как агрессора с ножом, намеревающегося убить его. Больной в ярости нападает на прохожего с целью самозащиты и зверски убивает, нанеся множество ножевых ударов. Однако, поскольку восприятие больного остается иллюзорно-галлюцинаторным, он видит, как прохожий, зажимая рану рукой, весь красный от крови, вновь поднимается и идет на него. В конце концов больной расчленяет прохожего на куски, но видит, как окровавленное мясо сползается в одно целое, и возрожденный прохожий вновь наступает на больного. Когда внезапно развивается этот синдром, особенно вечером, в поле зрения больного чаще всего попадают близкие родственники, именно они и становятся его первой жертвой.

Сумеречное помрачение сознания отмечается при органическом поражении головного мозга, эпилепсии, патологическом опьянении и некоторых других заболеваниях.

Вышеописанный вариант сумеречного помрачения сознания называется *галлюцинаторно-параноидным.* Он длится, как правило, несколько минут или часов, заканчивается патологическим сном. Воспоминания о пережитом полностью амнезируется. Лишь в редких случаях в первые секунды после купирования сумеречного помрачения сознания больной может вспомнить наиболее яркие моменты перенесенного психоза.

Встречается также *упорядоченное сумеречное помрачение сознания* без бреда, галлюцинаций и злобы. Это так называемый ***амбулаторный автоматизм.*** Больной с подобной патологией внезапно уходит из дома, садится на первый попавшийся автобус, куда-то едет. Обычно он фокусирует свое внимание на ком-то из людей и автоматически копирует его действия и поступки. Спустя некоторое время больной приходит в себя, обнаруживает, что находится в совершенно незнакомом месте и не понимает, как попал сюда. Больные с амбулаторным автоматизмом обычно ведут себя вполне упорядочение и не привлекают внимания. После прояснения сознания воспоминания о перенесенном нарушении не сохраняются. Обычно оно длится несколько минут, однако описано и очень длительное состояние амбулаторного автоматизма. Так, больной в состоянии амбулаторного автоматизма плыл из Англии в Индию в течение полутора месяцев на пароходе, и все это время его сознание было нарушено. Одна из наблюдаемых нами больных в подобном состоянии ехала с грудным ребенком из Владивостока в Москву в течение 8 дней и никто ничего не заподозрил, следовательно, поведение ее в пути было адекватным.

Сомнамбулизм (снохождение) — это ночное сужение сознания, часто отмечается у детей с последствиями органического поражения мозга в рамках минимальной дисфункции мозга. Клинически выражается в том, что больной в сонном состоянии встает с постели и с закрытыми глазами бродит по квартире, ни на что не натыкаясь, выходит на балкон, не испытывая никакого страха и с необыкновенной ловкостью может пройти по кромке крыши 20-этажного дома. Отсутствие страха объясняется узкой полоской ненарушенного сознания и

абсолютным невосприятием всего остального (т. е. кроме карниза крыши, они более ничего не воспринимают, включая и бездну слева или справа). Наутро больной ничего о своем ночном блуждании не помнит. Во время блуждания пациентов ни в коем случае нельзя будить, так как увидев себя в необычной обстановке (например, на крыше), они могут испугаться и упасть. Сомнамбулизм всегда является следствием органического поражения головного мозга.

Фуга — это кратковременный вариант амбулаторного автоматизма, неудержимый порыв к бегству, возникающий на фоне сумеречного помрачения сознания. Длится фуга несколько секунд или минут, прекращается так же внезапно, как и начинается. Свои действия и поступки во время фуги больной всегда амнезирует. Чаще всего это расстройство отмечается при эпилепсии и органических поражениях головного мозга.

Следует отметить, что синдром сумеречного помрачения сознания может отмечаться и при функциональных расстройствах в виде *истерического сумеречного помрачения сознания.* Оно всегда развивается после стрессовых ситуаций достаточно остро, длится недолго. В этом патологическом состоянии больной бессознательно как бы «исправляет» психотравмирующую ситуацию в нужном для себя направлении (например, мать видит своего погибшего ребенка живым и бодрым, разговаривает с ним, баюкает его). При этом отчетливо проявляются элементы театральности: больные рвут рубашку на груди, картинно запрокидывают голову, «задыхаются от горя», падают и катаются по земле или полу. Сознание у них не выключено, а несколько сужено, поэтому больные воспринимают и в последующем помнят все разговоры окружающих об их состоянии.

Аменция

Аменция (аментивное помрачение сознания) — глубокая степень нарушения сознания характеризуется бессвязностью всех видов психической деятельности. Отмечается грубая дезориентировка во времени, месте и собственной личности, больные тревожны, растеряны, не могут понять, что происходит вокруг, не знают своего имени, адреса, своего возраста, не узнают себя в зеркале, у них отмечается речевое возбуждение. Окружающее воспринимается фрагментарно. Галлюцинации лишены какой-то определенной тематики, они бессвязны, эпизодичны. Мышление и речь инкогерентны. Могут отмечаться бессвязные отрывочные бредовые идеи. Эмоции неадекватны, непоследовательны, часто меняют свою полярность. Отмечается двигательное возбуждение в ограниченном пространстве (в пределах постели). Длительность аментивного помрачения сознания варьирует от нескольких дней до нескольких недель. По выходе из аменции больные полностью амнезируют свои переживания за этот период.

Аменция чаще всего наблюдается при инфекционных, соматогенных и интоксикационных психозах, но может отмечаться также при шизофрении и органических психозах.

9. НАРУШЕНИЕ САМОСОЗНАНИЯ, РЕЧИ И ВНИМАНИЯ

Расстройства самосознания

Самосознание — это выделение себя из объективного мира, осознание своей личности, своего тела, своих психических функций. Самосознание (частная сторона сознания) включает в себя осознание своего отношения к окружающему миру, своей деятельности в нем. Зрелый человек постоянно анализирует и оценивает свои мысли, чувства, переживания. Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей и переживаний, обычно полное сомнений и колебаний, называется *рефлексией.*

Отделение своего внутреннего от внешнего называется этапом аллопсихического самосознания и формируется у человека в возрасте трех лет (с этого возраста в речи ребенка появляется местоимение «я»).

Этап формирования соматопсихического самосознания, т.е. способность оценивать свое физическое «Я», начинается с умения ребенка правильно идентифицировать правую и левую стороны своего тела примерно в возрасте шести-семи лет. Лишь к 13—14 годам у человека появляется способность адекватно оценивать свое психическое «Я» (этап аутопсихического самосознания). Таким образом, полное осознание себя во всех аспектах формируется лишь к пубертатному возрасту.

Типичным проявлением нарушения самосознания является ***деперсонализация,*** или чувство отчуждения от собственного «Я», обычно касается личности в целом, включая отдельные психические и соматические функции.

Витальная деперсонализация выражается в потере чувства удовольствия от жизни, от удовлетворения витальных потребностей, когда больной ощущает себя как бы и не живущим на этом свете, когда его ничто не радует, когда он понимает, что у него не осталось никаких чувств, кроме чувства утраты чувств *(anaesthesia dolorosapsychica).* (Чувство отчуждения типа аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической деперсонализации, а также сочетание деперсонализации с дереализацией. См. разд. 2 «Нарушение сенсорного синтеза»).

Растерянность (аффект недоумения) — это нарушение самосознания, выражающееся в остро наступающем мучительном непонимании больными своего состояния, которое воспринимается как нечто необычное, непонятное, необъяснимое. Внешне такой больной выглядит совершенно беспомощным, с блуждающим, недоумевающим, беспокойным взглядом. При этом он постоянно вопрошает: «Что случилось?», «Что же произошло?», «Что произошло со мною, ничего не могу понять». Движения и ответы крайне неуверенные, речь вопрошающая, непоследовательная, временами бессвязная.

Растерянность отмечается при многих остро дебютирующих экзогенных и эндогенных психозах, она держится несколько дней, после чего трансформируется в более тяжелое психотическое состояние.

Расстройства речи

Алалия — потеря способности говорить.

Афазия — расстройство речи, при котором частично или полностью утрачивается способность пользоваться словами для выражения своих мыслей при сохранности артикуляции речи.

Моторная афазия — нарушение активной речи как устной, так и письменной.

Сенсорная афазия — нарушение понимания чужой речи.

Амнестическая афазия — забывание названий предметов, имен, при этом забытое название слов заменяется его описанием. Например, забыв слово «нож», больной говорит: «Это то, чем режут».

Парафазия вербальная — употребление вместо отдельных слов других, не имеющих отношение к смыслу речи.

Парафазия литеральная — замена отдельных слогов или звуков другими, отсутствующими в данном слове, перестановка отдельных слогов, звуков в конкретном слове.

Брадифазия — замедление речи, отмечается при заторможенности мышления в рамках депрессивного синдрома.

Вербигерация — многократное повторение отдельных слов или фраз.

Дизартрия — неспособность к адекватной артикуляции речи, смазанная, запинающаяся, спотыкающаяся речь.

Заикание — нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта, повторение отдельных слогов с выраженными трудностями в их произнесении.

Косноязычие (дислалия) — расстройство речи, характеризующееся неправильным произношением отдельных звуков (пропуском, заменой другим звуком).

Логоклония — спастическое, многократное повторение отдельных слогов произносимого слова.

Повышение громкости речи (вплоть до крика) отмечается у больных в маниакальном состоянии и при ажитированной депрессии, в результате перенапряжения голос становится сиплым или совсем пропадает.

Изменение модуляции речи выражается в напыщенности, патетичности или бесцветности, монотонности речи (утрата речевой мелодии).

Олигофазия — чрезвычайное снижение количества используемых в речи слов, обеднение словарного запаса.

Шизофазия — разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, оформленных в грамматически правильное предложение.

Инкогеренция — бессмысленный набор произносимых слов, не оформленный в грамматически правильное предложение.

Символическая речь — придание словам и выражениям особого, отвлеченного, исключительного (понятного лишь самому больному) смысла вместо общеупотребительного.

Криптолалия — создание больным собственного языка или особого шифра (криптография).

Неологизмы — создание больным изобретенных им слов (часто символического значения), смысл которых понятен только самому больному.

Логорея — очень быстрая, практически непрерывная многословная речь с преобладанием в содержании ассоциаций по созвучию или по контрасту.

Эхолалия — повторение услышанных слов по типу стереотипии.

Мутизм — активный и пассивный отказ от речи (молчание). Наблюдается в картине ступора, а также как изолированное психическое расстройство у детей (элективный мутизм).

Расстройства внимания

Рассеянность — нарушения способности длительно концентрировать внимание, сосредоточения с постоянными переходами от одного явления к другому, ни на чем не задерживаясь. Рассеянность часто бывает при утомлении, при астенических состояниях разного генеза и, как правило, сочетается с повышенной истощаемостью внимания.

Повышенная отвлекаемость — запредельная (чрезмерная) подвижность внимания, непрерывный переход от одного вида деятельности к другому. При этом ни одно действие не доводится до конца. Повышенная отвлекаемость весьма характерна для маниакального состояния, где она тесно связана с ускорением ассоциативных процессов.

Инертность внимания (малая подвижность внимания) характеризуется нарушением переключаемости внимания, это как бы патологическая фиксация внимания.

Апрозексия — полное отсутствие внимания.

10. НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Невротические расстройства сна

При многих психических заболеваниях отмечаются различные нарушения формулы сна — страдает процесс засыпания, пробуждения, продолжительность сна, его глубина, происходит также извращение ритма «сон—бодрствование».

Чаще всего не только при психической патологии, но и в норме встречается ***нарушение засыпания.*** Люди часами не могут заснуть, нередко не засыпая вовсе или засыпая ближе к утру. Нарушение засыпания нередко усугубляет течение более тяжелых, как правило, продуктивных психотических расстройств.

Расстройство пробуждения ото сна — кратковременное состояние после сна, когда больной уже проснулся, т.е. находясь уже в бодрствующем состоянии, не может отличить увиденное во сне от реальности, он продолжает как бы видеть сон в бодрствующем состоянии. При неполном пробуждении при так называемом просоночном состоянии больной может бессознательно совершать какие-то действия, нередко опасные для его собственной жизни или для окружающих, впоследствии эти действия полностью амнезируются.

Утрата чувства сна выражается в том, что больные настаивают на полной бессоннице при наличии объективного по продолжительности и глубине сна.

Изменение продолжительности сна — при ряде патологических состояний, например при маниакальном состоянии, продолжительность сна сокращается до минимальных цифр, при других расстройствах — увеличивается до 10—12 ч в сутки и более.

Симптом раннего пробуждения характеризуется чрезмерно ранним (в 2 — 3 ч ночи) пробуждением и невозможностью снова уснуть. Этот феномен очень тягостно переживается больными, он всегда является симптомом депрессии и сочетается с другими нарушениями витальности.

Изменение глубины сна (так называемый поверхностный сон) — состояние, среднее между сном и бодрствованием. Больные не спят, а дремлют, прекрасно осознавая окружающее. При этом состоянии могут отмечаться иллюзорные галлюцинаторные расстройства.

Прерывистый сон выражается в том, что больные несколько раз за ночь просыпаются от тревожных, нередко устрашающих сновидений, а потом снова засыпают и снова видят тот же тревожный сон, снова в страхе просыпаются, и так до самого утра.

Гиперсомния — повышенная сонливость в дневное время. Часто отмечается при депрессивных состояниях

Извращение ритма «сон—бодрствование» выражается в том, что ночью больные активно бодрствуют, продуктивно работают, а днем глубоко

спят. Такое состояние часто встречается и у здоровых, особенно у людей творческих и свободных профессий.

Ночные кошмары представляют собой насыщенные тревогой или страхом сны с темой угрозы жизни и безопасности больного. Как правило, повторяются одни и те же кошмарные сновидения. Часто встречаются как симптом психического заболевания у детей при самой разнообразной патологии. У взрослых пациентов ночные кошмары чаще отмечаются при реактивных состояниях и личностных расстройствах.

Невротические синдромы

Элементы невротических синдромов (состояний) можно выявить при любом психическом или соматическом заболевании. Более того, невротические состояния являются поставщиками многих, если не всех, психосоматических расстройств: инфаркта миокарда, гипертонической болезни, пептической язвы, экземы, псориаза, бронхиальной астмы и др.

Среди невротических симптомокомплексов выделяют астеническое, обсессивное (навязчивое), ипохондрическое и истерическое состояние.

Астенический синдром

Это состояние характеризуется раздражительной слабостью, повышенной возбудимостью, быстро сменяющейся наступающей вслед за ней истощаемостью, резко выраженной утомляемостью, несдержанностью, постоянной головной болью, различными вегетативными расстройствами, снижением работоспособности, утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. При этом состоянии больные жалуются на плохое общее самочувствие, отсутствие бодрости и активности, упадок физических сил, слабость, непереносимость обычных для этого человека физических и психических нагрузок. Главной составляющей синдрома является раздражительная слабость — кратковременная, быстрая и бурная эмоциональная реакция на те или иные раздражители с последующей резкой слабостью. Отмечается эмоциональная лабильность — больных легко растрогать, они весьма сентиментальны, слезливы. Настроение становится неустойчивым. При малейшей неудаче оно безнадежно падает, при удаче неадекватно повышается. Одним из постоянных симптомов астенического состояния является нарушение концентрации внимания, что субъективно воспринимается больными как резкое ухудшение памяти. Типичным является нарушение цикла «сон—бодрствование» (сонливость днем, бессонница или прерывистый неполноценный сон ночью). Отмечается также непереносимость резких запахов, чрезмерно яркого света, слишком громких звуков (гиперестезия). Головные боли при астении весьма разнообразны (давление, стягивание, ощущение тесного обруча на голове, покалывание в различных

участках мозга, постоянное «ощущение несвежей головы»), они имеют тенденцию к усилению при умственной нагрузке или изменении барометрического давления.

Выделяют гиперстенический и гипостенический варианты астенического состояния. При *гиперстенической астении* вследствие нарушения активного торможения в клинической картине страдания преобладает повышенная раздражительность, несдержанность, снижение самоконтроля или полное его отсутствие, больной вспыхивает по пустякам, долго не может успокоиться, часто из-за сверхраздражительности вступает в конфликтные ситуации, в которых всегда проигрывает.

Гипостеническая астения характеризуется выходящими на первый план в связи с ослаблением процессов возбуждения в коре головного мозга такими симптомами, как повышенная истощаемость, чрезмерная неадекватная слабость, непереносимость относительно длительной интеллектуальной или физической нагрузки, слезливость в сочетании с сентиментальной восторженностью и некоторой экзальтированностью, стойкие нарушения сна, снижение потенции и либидо. В клинической практике встречается и смешанный гиперстено-гипостенический вариант астении.

Астенические расстройства, как правило, развиваются исподволь и характеризуются нарастающей интенсивностью, в тяжелых случаях проявляются в адинамии, сверхпассивности, аспонтанности.

Астенические состояния по этиологическим факторам разделяются на интоксикационные, постинфекционные, нейролептические, посттравматические, соматогенные и психогенные. В рамках психоорганического синдрома выделяют также органическую астению (церебрастению).

В психиатрической клинике астения в чистом виде встречается довольно редко, она обычно усложняется присоединением фобий, навязчивостей, истерической или ипохондрической симптоматики и других симптомов.

Возникновение астенического синдрома связывают с истощением функциональных возможностей нервной системы при ее перенапряжении, а также вследствие аутоинтоксикации или экзогенного токсикоза, нарушений кровоснабжения мозга и обмена в мозговой ткани. Это позволяет рассматривать синдром в ряде случаев как приспособительную реакцию, проявляющуюся уменьшением интенсивности деятельности различных систем организма с последующей возможностью восстановления их функций.

Больной Ч. поступил в больницу с жалобами на повышенную утомляемость, свехраздражительность, снижение работоспособности вплоть до полной ее потери, постоянную головную боль, усиливающуюся при эмоциональном напряжении. При обследовании в клинике выявилась вегетососудистая дистония с тенденцией к гипотонии, стойкая бессонница (совершенно не мог спать без снотворных), беспокоили кошмарные сновидения, утром вставал с разбитой несвежей головой в подавленно-раздражительном состоянии. Больного абсолютно все раздражало, даже то, на что ранее он не обратил бы никакого внимания. Уставал даже после

пятиминутной беседы, не говоря уже о физической нагрузке в виде прогулки в саду больницы. В процессе лечения сообщил врачу, что последние полгода он из-за постоянной головной боли и сильной усталости не может вступать в сексуальные отношения с женой: нет ни желания (снижено либидо), ни полноценной эрекции. На соответствующие требования жены давал раздражительные реакции с оскорблениями, криком, которые быстро переходили в общую слабость с плачем, жалобными причитаниями и снижением настроения.

Синдром навязчивых состояний

В клинической картине этого невротического синдрома преобладают различные навязчивости — разнообразные фобии, тревожные сомнения, «умственная жвачка», хульные мысли, навязчивые представления и действия и др., нередко усложненные ритуалами и эмоциональными нарушениями в виде депрессии или страхов. Несмотря на понимание бессмысленности навязчивостей, больные бессильны в своих попытках преодолеть их. Кроме того, в этот синдром могут входить все вышеописанные симптомы астенического состояния. Интенсивность навязчивостей бывает настолько выраженной, что нарушает адаптацию больных — мешает выполнять привычную работу или домашние обязанности и нередко приводит к невозможности адекватно контактировать с окружающими, мешает жить обычной жизнью. В зависимости от характера заболевания синдром навязчивостей также приобретает различные оттенки. Так, например, при шизофрении навязчивости могут носить моносимптоматический характер и сочетаться с патологическими телесными ощущениями. Речь идет о возникновении упорных, однообразных по содержанию навязчивых сомнений, опасений и страхов или мыслей о наличии «дефекта внешности» (дисморфофобия). По мнению ряда авторов, навязчиво возникающие лицевые дисморфофобии являются существенным диагностическим признаком обсессивного синдрома при шизофрении. При психастенической психопатии навязчивые состояния весьма многообразны, лабильны и всегда сопровождаются формированием ритуалов защиты. При некоторых органических заболеваниях головного мозга навязчивости нередко приобретают характер насильственности.

Приведем пример навязчивостей и ритуалов по самоописанию больного Н. «В народе считается, что за левым плечом человека находится бес, поэтому обычно плюют через левое плечо. Я, так же как и все люди, плюю через левое плечо и стучу по дереву. Но этот ритуал приобрел у меня громадные размеры. Если какая-нибудь нехорошая мысль просто пришла в голову, но еще даже не высказана, я просто выдуваю воздух в левую сторону. А выдувать приходится довольно часто. Посмотрел, например, на какое-нибудь пятно на полу или неровную складку на занавеске, вдыхая при этом воздух, и мне начинает казаться, что я вдохнул черную энергию. Чтобы избавиться от этой плохой энергии, я выдуваю воздух в левую сторону. "Плохие места" на дороге

(трещины на асфальте, пятна от машин и пр.) я всегда обхожу только с правой стороны, чего бы мне это ни стоило. Когда я учу английские слова или читаю книгу и мне попадаются такие слова, как "смерть", "гроб", "болезнь", я просто приостанавливаю дыхание (чтобы черная энергия этих слов не вошла в меня) и мгновенно переворачиваю страницу или закрываю книгу. При этом для полной уверенности в своей безопасности я стараюсь быстро положить правую ногу на левую и ни в коем случае наоборот. Если посмотрел на черное пятно и подумал при этом о родственниках, то возникает ощущение, что черная энергия этого пятна перейдет на того родственника, о котором я подумал, и последний может даже умереть, — срочно начинаю выдувать воздух влево. Дома я постоянно проверяю, закрыта ли дверь, закрыт ли газ, направлена ли труба крана в раковину или может быть вода капает в промежуток между ванной и раковиной. Делаю это по 10—20 раз, пока физически не устану».

Для этого синдрома также весьма характерна гиперестезия — непереносимость громких звуков, яркого света, резких запахов.

Ипохондрический синдром

Утрированная озабоченность своим здоровьем проявляется в значительном преувеличении тяжести или же в переживании заболевания, которого на самом деле нет. Больные постоянно прислушиваются к своим внутренним ощущениям, и если появилось где-нибудь какое-то покалывание или иное телесное ощущение (в том числе и сенестопатическое), у больного мгновенно возникает версия об очередном смертельном заболевании. Убеждения врачей в отсутствии этого заболевания не достигают цели, а иногда и служат доказательством противного.

Больной (страдавший хроническим насморком, но убежденный в том, что у него рак легкого), которого врач долго убеждал в отсутствии у него рака, вдруг начинает понимать, что рак у него действительно есть, раз врач так долго и упорно пытается доказать обратное, он просто не хочет расстраивать пациента.

Пациенты с ипохондрическими переживаниями постоянно посещают врачей различных специальностей, требуют все новых и новых консультаций и дополнительных обследований, жалуются на врачей, которые не подтверждают их подозрения, обвиняют их в низкой квалификации, нередко преследуют и проявляют агрессию к врачам.

Ипохондрические переживания могут носить навязчивый характер. Больных одолевает сомнение, не страдает ли он тем или иным соматическим заболеванием. Понимая абсурдность этих переживаний, пациент тем не менее избавиться от этих навязчивостей усилием воли не может.

Ипохондрические расстройства могут возникать и в структуре депрессий. На фоне пониженного настроения, различных неприятных соматических ощущений в теле (что весьма типично для депрессии) у больного постепенно или внезапно по типу озарения формируется убежденность в наличии тяжелого и, как правило, неизлечимого заболевания (СПИД, рак, проказа). Это и служит

поводом для «марафона по врачам». Подозрение на наличие у больного психического заболевания возникает у врачей общего профиля очень поздно, лишь после серии многочисленных обследований и анализов, когда контраст между субъективными жалобами и объективными данными проведенных анализов становится очевидным. При этом всегда обнаруживается линейная корреляция между интенсивностью ипохондрических расстройств и выраженностью депрессии.

Истерический синдром (синдром Брике)

Этот психопатологический симптомокомплекс включает в себя полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства. Истерическое состояние чаще развивается у женщин с истерическими чертами характера и признаками психического инфантилизма (несостоятельность суждений, повышенная внушаемость, крайний эгоцентризм, эмоциональная незрелость, аффективная лабильность, легкая возбудимость, повышенная впечатлительность).

Следует подчеркнуть, что истерический синдром, особенно его первичные проявления, всегда развиваются в молодом возрасте при отсутствии отчетливых органических расстройств в пораженном органе. Истерические расстройства могут иметь преходящий, кратковременный характер с продолжительностью симптомов от нескольких минут до 10 и более дней и относительно постоянный характер, когда симптомы сохраняются на протяжении нескольких недель, месяцев даже лет. На этом основании часто выделяют острые и хронические истерические нарушения, хотя четких критериев такого разграничения нет.

Клинические проявления истерического состояния весьма разнообразны. С известной долей условности истерические симптомы можно разделить на четыре типа реакций: вегетативные, двигательные, сенсорные и психические.

Вегетативные нарушения весьма полиморфны, красочны, драматичны и затрагивают многие органы и системы человека. Чаще всего при этом отмечаются расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта: истерическая потеря вкуса потребляемой пищи, при которой больной не может по вкусу отличить сладкое от соленого или горького («вся пища безвкусна как трава»), истерическая тошнота и рвота, звучная отрыжка воздухом, трудности глотания твердой, а иногда и жидкой пищи (дисфагия), полное отсутствие аппетита (анорексия), гастралгии (псевдоболевые ощущения в желудке, имитирующие язвенную боль), метеоризм, истерические поносы и запоры. Описаны также истерическая одышка, боли в сердце, сердцебиение, мнимая беременность, мнимая смерть, викарные кровотечения (когда у женщин во время менструации на ладонях и ступнях ног выступает кровь, это отмечается у католических фанатичек, «переносящих» на себя боль Христа при его распятии). Постоянно при этом состоянии ощущение кома в горле *(globus hystericus)*.

Особый интерес представляет истерическая беременность, которая может

«подражать» почти всем признакам нормальной беременности. Клиническая картина этого истерического феномена достаточно типична: аменорея или дисменорея, тошнота и рвота, пигментация сосков, нагрубание молочных желез, иногда даже выделения молока, увеличение объема живота вследствие вздутия кишечника, задержки газов и отложения жира в брюшной стенке, ощущение движения плода и даже болезненных родовых схваток (в результате усиления перистальтики кишечника или его спазма), походка и осанка, характерные для беременных. Известны случаи «отхождения околоплодных вод», которые на самом деле оказались мочеиспусканием. Мнимая беременность нередко отмечается у женщин, которые страстно желающих имеют детей, но по какой-то причине не способны забеременеть или полноценно выносить ребенка.

Кроме того, из истерических дисфункций вегетативной нервной системы в литературе есть описания истерической икоты, кашля, часто сочетающегося с чиханием и зеванием, заглатывание воздуха (истерическая аэрофагия), истерический вагинизм, полиурия или задержка мочи.

Двигательные расстройства проявляются в виде разнообразных параличей, парезов, гиперкинезов, контрактур, истерических припадков, явлений астазии-абазии (невозможность ходить при отсутствии органической патологии опорно-двигательного аппарата). Больной с астазией-абазией не может самостоятельно стоять и ходить, хотя сила и тонус мышц, чувствительность и координация у него сохранены. Он может самостоятельно подняться и встать, но не в состоянии ни стоять без посторонней помощи (падает назад или вбок), ни сделать даже одного шага. При меньшей выраженности астезии-абазии чаще всего отмечается балансирующая или прыгающая походка. Астазия-абазия, вероятно, отмечалась у легендарного Ильи Муромца, который «сиднем сидел» многие годы.

Описаны также различные варианты так называемой истерической походки: а) зигзагообразная походка, движение по ломанной линии, напоминающей букву «Z»; б) приволакивающая походка — волочение конечности с характерным поворотом стопы внутрь с опорой на пятку или основание большого пальца или, что бывает реже, волочение конечности, касаясь пола дорзальной стороной пальцев; в) ходульная походка — на жестко выпрямленных и слегка раздвинутых ногах, напоминающая ходьбу на ходулях или движения робота; г) скользящая походка — выдвигание конечности вперед со скольжением подошвы по полу, как коньков на катке; д) коленопреклоненная походка — ходьба на полусогнутых ногах; е) балансирующая походка — наклоны, покачивание из стороны в сторону, как будто трудно сохранять равновесие; ж) прыгающая, танцующая походка.

Особую группу истерических двигательных дисфункций, при которых происходит избирательное расстройство вплоть до невозможности выполнения некоторых усвоенных профессиональных действий, составляют так называемые профессиональные дискинезии. К ним относится достаточно распространенный писчий спазм. Сущность этого расстройства заключается в затруднении или невозможности писать при полном сохранении функции кисти

при других действиях. Писчий спазм часто отмечается у скрипачей, пианистов, виолончелистов, машинисток, стенографисток, художников и т.д.

К категории двигательных дисфункций относят также истерические расстройства речи в виде афонии, шепотной речи, охриплости, а также так называемое истерическое щебетание. Реже отмечается истерическая немота. Еще реже — истерическое заикание. Описаны также истерические параличи век, в связи с чем невозможно открыть глаза, а также истерический блефароспазм — двухсторонний спазм круговых мышц глаза, препятствующий открытию век.

К редким (ранее) видам истерических двигательных расстройств относится так называемая *камтокормия.* Она появляется у призывников и солдат во время боевых действий и проявляется в сгибании туловища вперед почти под прямым углом, при этом рентгенография позвоночника не обнаруживает никаких отклонений от нормы.

В отличие от органических истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, сочетаются с необычными позами и другими истерическими симптомами (например, с комом в горле и др.). временно исчезают или ослабевают при переключении внимания или под влиянием психотерапии. Истерические припадки отличаются от эпилептических своей демонстративностью, возникают в условиях психотравмирующей ситуации и, как правило, в присутствии зрителей, не сопровождаются глубоким нарушением сознания и последующей амнезией, при них нарушена закономерность смены тонической и клонической фаз, они длятся значительно дольше эпилептических, больные помнят о случившемся с ними. Подробнее о разграничении эпилептических и истерических припадков см. в разд. 7.

Сенсорные нарушения проявляются расстройствами чувствительности в виде анестезии, гипостезии, гиперстезии с болевыми ощущениями в различных частях тела. Нарушения кожной чувствительности чаще всего локализуются в области конечностей по ампутационному типу в виде чулок или перчаток, при этом они не соответствуют зонам иннервации. Истерические алгии локализуются в различных частях тела: головные боли по типу стягивающего обруча, боли в суставах, спине, конечностях, в области живота. Такие боли нередко становятся причиной ошибочных хирургических диагнозов и даже полостных операций (синдром Мюнхгаузена, синдром Альбатроса). Сенсорные нарушения также проявляются в виде истерической слепоты или истерической глухоты. Сенсорные нарушения на практике настолько интимно связаны с вегетативными истерическими проявлениями, что их невозможно отличить друг от друга.

Психические нарушения истерического генеза весьма многообразны и изменчивы. Для них характерна яркость, театральность, нарочитость, оттенок инфантилизма. В рамках этих нарушений описывают истерические иллюзии и галлюцинации, а также истерические амнезии, вплоть до тотальной амнезии (тотальная амнезия, кстати говоря, — часто используемый сюжет в латиноамериканских сериалах).

Такое разделение истерических реакций, повторимся, весьма и весьма условно. В психиатрической да и соматической практике (в последней даже больше) часто встречается «салат истерических симптомов» из разных групп. Например, больной А. по семь раз на дню «переносил инсульты», испытывал слабость при ходьбе, падал, переставал видеть и слышать на несколько минут, а на строгие замечания персонала отделения отвечал истерическими одноразовыми поносами.

Нередко истерические реакции носят отчетливый сексуальный оттенок. Например, больная З., незамужняя женщина 51 года, на любые негативные стрессовые ситуации всегда «отвечала» пролонгированным оргазмом с последующим интенсивным мочеиспусканием.

В целом, можно считать, что страдающие истерическим синдромом умело манипулируют окружающими с помощью симптомов своего заболевания. Истерия может подражать почти всем симптомокомплексам, которые известны современной медицине. Поэтому не без основания истерию называют «великой симулянткой».

Следует подчеркнуть, что современная истерия видоизменилась и «рядится в одежды ипохондрии». Сейчас почти не встречаются «обмороки» благородных дам, характерные для героинь романов классической русской литературы. Современные умные истерические особы предпочитают не падать в обмороки, а страдать «тяжелым, неизлечимым недугом», в котором «не могут разобраться самые именитые профессора». Для пациентов характерна тенденция всегда быть и желать быть в центре внимания. Эмоции таких больных весьма лабильные с бурным проявлением чувств, всегда гипертрофированных. Они не признают средних, умеренных эмоций, если любят, то обязательно «до гроба», а если вы потакаете капризам такой больной, то вы лучший человек на свете. Однако стоит вам усомниться в больной или хоть раз скептически отнестись к ее «талантам», вы тут же превращаетесь в крупнейшего негодяя страны и вас начинают «ненавидеть до гроба всеми фибрами души».

Вообще быстрая смена симпатии и антипатии и утрированная претенциозность — типичная черта истерических личностей. Мимика, жесты больных и все их поведение искусственны, жеманны, театральны, крайне демонстративны и всегда рассчитаны на публику. Содержание речи всегда драматично с излишней аффектацией, сообщаемые факты преувеличены, желаемое часто выдается за действительное. Иногда больные сообщают заведомо вымышленные факты, в которые в последующем, за счет самовнушения, начинают верить, и искренне недоумевают, когда их ловят на лжи. У них, кроме того, весьма завышен уровень притязаний: они претендуют на гораздо большее, чем позволяют их возможности и способности. В целом такие больные живут по принципу — лучше казаться, чем быть.

Больной К. на шестом десятке лет стал плохо справляться с работой главного конструктора одной из солидных технических фирм. На этом фоне он стал хуже ходить, чувствовал сильную слабость и ватность ног, со временем совсем перестал ходить. Многократно был обследован невропатологами,

подозревали наличие многочисленных серьезных заболеваний, включая атрофический процесс коры (болезнь Альцгеймера). В конце концов больному была оформлена первая (!) группа инвалидности, он был отстранен от работы. На самом деле у него была типичная истерическая реакция на свою профессиональную несостоятельность в виде астезии-абазии. Получив группу инвалидности, больной тут же стал прекрасно ходить.

Другой больной, потеряв высокооплачиваемую работу в частной фирме, ежедневно переносил по «тяжелому инфаркту» и также часто «умирал от него». Эта «болезнь» «оправдывала» физически крепкого 40-летнего мужчину, постоянно лежавшего в постели и боявшегося даже встать в туалет и требовавшего «утку».

Больная М., 34 года. С детства у нее отмечаются единичные рвотные реакции на запреты, на слово «нельзя». В 19 лет вышла замуж «без любви», в 22 муж от нее ушел. После этого даже на фоне незначительных неприятностей теряет слух, на лице и шее появляется зуд, на теле — повышенная потливость с запахом кишечных газов. Эти реакции часто сопровождаются неукротимой рвотой, онемением конечностей, появлением «руки акушера» (сведение в одно целое большого, указательного и среднего пальца левой и правой рук, невозможность разжать пальцы), мигрирующей болью в висках и затылке. Из-за постоянной тошноты ничего не могла есть, похудела на 9 кг. Пришла на беседу с врачом, тщательно одетая с хорошим гримом и страдальческим выражением лица. Удобно и неторопливо уселась в кресле. Во время беседы внимательно следит за выражением лица врача, чтобы угадать о произведенном ею впечатлении. В драматические моменты красиво плачет, но так, чтобы не испортить слезами макияж. Во всех рассказанных ею эпизодах жизни она всегда невинная жертва, то родителей, то брата, то первого мужа, то второго. Прямо во время разговора отмечается истерический птоз левого глаза, который быстро проходит, стоит больную за что-нибудь похвалить. Утверждает, что у нее во сне был несколько раз перелом правой бедренной кости, при этом никакой боли она не чувствовала. Оживляется, когда начинает рассказывать о своих многочисленных «талантах», лицо при этом краснеет, голос дрожит, глаза блестят. Отмечает у себя появление после неприятностей онемения конечностей, повышенную рвотную готовность, ком в горле и многочасовые судороги.

Больная М., 25 лет, поступила в психиатрическую больницу в связи со стойкой рвотной реакцией после каждого приема пищи. В отделение принесена мужем на руках из-за имеющей место астезии-абазии, ходить совершенно не может, хотя двигательный аппарат не нарушен. Периодически на «неприятности» отмечается единократный понос. Ест в первые дни только в присутствии врача и только в постели, настаивает на том, чтобы рядом всегда стояло чистое ведро для рвотных масс. После каждого приема больничной пищи отмечается «рвота фонтаном». Иногда же, когда родственники приносят особо любимые ею лакомства, рвот не бывает, чему больная всегда дает новое рациональное объяснение.

На консультации гинеколога выяснилось, что больная, несмотря на то,

что четыре года замужем, все еще является девственницей из-за стойкого вагинизма. Дома по ночам, когда муж пытался овладеть ею, она часто «теряла сознание», так что приходилось вызывать «скорую помощь».

Психопатические состояния

При психопатических состояниях нарушение психической деятельности выражается в дисгармонии, неуравновешенности, неустойчивости, слабости различных психических процессов, несоразмерности ответной реакции силе раздражения, воздействия. Дисгармония психической деятельности может быть врожденной (при психопатиях) и приобретенной (психопатоподобные состояния) в результате других заболеваний. Проявлением дисгармонии чаще всего является повышенная вспыльчивость вплоть до вспышек ярости, конфликтность, неуживчивость, нетерпимость к мнениям других, трудности приспособляемости к изменяющимся условиям жизни, чрезмерная психическая истощаемость, неуверенность, мнительность, эмоциональная лабильность, снижение психической активности.

Психопатические (а вернее — психопатоподобные) состояния возможны практически при любом психическом заболевании и при хронических неблагоприятно текущих соматических заболеваниях, особенно при определенной угрозе витальности.

Для диагностики психопатического состояния (синдрома) в отечественной психиатрии обычно используют диагностические критерии, разработанные П.Б.Ганнушкиным и его учениками:

1) выраженность патологических явлений до степени, нарушающей адаптацию; 2) тотальность психопатических особенностей, определяющих весь психический склад индивида; 3) их относительная стабильность, малая обратимость.

Двумя последними признаками психопатии отличаются от неврозов. Нарушения при неврозах носят парциальный характер и чаще сопровождаются критическим отношением к ним больного; отличаются они и большей обратимостью явлений, а также их качеством — при неврозе симптом — это нечто чуждое личности, при психопатиях — это свойство личности, патологические черты характера.

Врожденные психопатические состояния, как правило, обусловлены наследственным фактором. Родители больного могли страдать различными психическими заболеваниями, в том числе и бытовым пьянством (так называемые дети субботы, т.е. зачатые в пьяном виде). Кроме врожденного, выделяют еще и приобретенное психопатическое состояние, которое всегда развивается на органически неполноценной почве при некоторых видах неправильного воспитания ребенка. К. неадекватным видам воспитания относятся такие, как гиперопека: ребенок — кумир семьи, или, наоборот, — безнадзорность; ребенок — золушка: воспитание по типу имитации или

оппозиции по отношению к лидирующему родителю.

Больная Н., страдающая эпилептоидной психопатией, злобная и мстительно-агрессивная особа, длительно помнящая даже мельчайшие обиды и всегда «жестоко мстящая» своим обидчикам, асоциальная нарушительница всех правил и норм общежития, последний год живет надеждой попробовать свежего человеческого мяса. Ее совершенно не останавливает тот факт, что для осуществления «этой мечты» нужно совершить преступление — убить человека. По ее мнению, это не должно быть препятствием, так как «убивают все, кому не лень, а убивать надо, не оставляя следов, и она знает, как это делается». Больная полностью дезадаптирована, нигде не работает, побирается в переходах, периодически с мрачным удовольствием избивает сына, перессорилась со всем подъездом дома, агрессивна к соседям, но слащаво-подобострастна с участковыми милиционерами. Уже в больнице пыталась задушить подушкой больную, которая якобы украла у нее несколько рублей.

11. КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ

Культуральная психиатрия (кросскультуральная психиатрия, этнопсихиатрия, сравнительная психиатрия) изучает влияние тех или иных культуральных особенностей (поверья, сказания, предрассудки, мифы, легенды) различных сообществ на проявления и течение тривиальных психопатологических образований. Это влияние может проявляться в виде «культурального грима» наслоением на основной психопатологический синдром «местного колорита» или же образований новых психиатрических синдромов, характерных только для данной культуры и никогда не встречающихся в других сообществах, в других социально-психологических и природных условиях. В первом случае это находит свое отражение в особой расцвеченности таких патологических проявлений, как бред, галлюцинации, фобии и т.д. В другом — возникает комплекс поведенческих расстройств, характерных только для определенной географической зоны. Так, душевно больные европейцы обычно страдают видениями атомной или водородной войны, всемирной техногенной катастрофы, бредят о превращении в роботов или похищении инопланетянами. В Африке больше распространены галлюцинации о посещении духов, общении с давно умершими предками или тотемными животными. Индийцы обычно развивают бредовые идеи на темы собственной национальной мифологии, считая себя воплощением многочисленных индуистских богов.

В качестве примера сошлемся на такой синдром, как *«арктическая истерия»,* которая выражается в том, что в стрессовых для больного ситуациях он внезапно бросается в ледяную воду или убегает в тундру, в противном случае возникают судороги и выраженная агрессия с эхолалией, эхопраксией, эхомимией, аффектом страха и сужением сознания. Встречается только у канадских эскимосов. Трудно ожидать, что подобный синдром может поражать аборигенов Южной Африки, где существуют свои, только им одним характерные способы поведение в подобных ситуациях. В то же время в сходных географических зонах этот синдром может появиться и у представителей иных культуральных сообществ. Например, у гренландских рыбаков описано близкое к арктической истерии состояние, названное *«пиблоктог»,* которое выражается в том, что в стрессовых ситуациях больной внезапно раздевается донага, бросается в сугроб снега, катается или «плавает» в снегу, издавая при этом жуткие крики. Это состояние сопровождается сужением сознания, длится несколько минут и завершается патологическим сном с последующей амнезией всего патологического приступа.

Среди канадских индейцев племени оджибуэй наблюдается реакция, называемая *«витико».* Она начинается с сильного страха в сочетании с анорексией, тошнотой, рвотой и поносом. Больной убежден в том, что он превратился в «витико», т.е. в демона в виде гигантского ледяного скелета, пожирающего людей. Иногда больной на самом деле может наброситься на кого-нибудь из членов своей семьи, убить и съесть его. Такого человека

считают опасным для племени, лечат у шамана, но чаще изгоняют из племени или убивают. Из этого описания видно, что «витико» на самом деле является культуральной разновидностью бреда одержимости. Другой пример: на корейском полуострове весьма распространен синдром *«хва-биунг» (Hwa-Beung),* который выражается в страхе возможной смерти из-за особых болевых ощущений в эпигастральной области. Это по существу соответствует гастралгии с канцерофобическим оформлением отечественных авторов.

В Японии описан характерный только для этой страны комплекс психопатологических и поведенческих расстройств, который получил название *«тайджин-киофу-шу» (Taijin-kyofu-shu),* проявляющийся сильным страхом потери доброжелательности по отношению к себе других людей и страхом оскорбить окружающих своим поведением, внешним физическим недостатком, отталкивающим людей, неподобающим выражением лица. Сюда же входит страх быть рассматриваемым другим человеком, непереносимость чужого взгляда. Человек старается контролировать все свои проявления, в том числе и непроизвольные (например, боится внезапно покраснеть или покрыться потом). А поскольку это не всегда удается, он стремится избегать других людей, что постепенно ведет к социальной изоляции. Эта болезнь обычно поражает японских юношей и, как считают психиатры, связана с традиционной японской обеспокоенностью проблемой стыда, а также с типично японской установкой не беспокоить окружающих.

Элементы этого синдрома входят в социальную фобию, антропофобию, дисморфофобию в западном понимании. Однако официальная японская классификация выделяет тайджин-синдром в отдельное заболевание.

У жителей южных океанических островов описан так называемый *«карго культ синдром»,* который представляет собой бред предстоящего получения большого богатства. Этот синдром был впервые описан у жителей южных островов во время Второй мировой войны, когда они наблюдали корабли и самолеты, доставляющие «карго» воинским частям, расположенным в этом регионе.

«Латах» — синдром, вызванный внезапным испугом или сильным изумлением, встречается в Малазии. Женщины (а именно у них чаще отмечается эта патология) начинают бездумно повторять слова и действия, беспрекословно выполнять все приказы окружающих и делать то, что в обычном состоянии им не свойственно, например изощренно сквернословить. Они не могут контролировать свои действия, что может поставить их в неловкое, щекотливое положение (по-малайски *latah* — щекотливый).

В ряде стран Северной Африки и Ближнего Востока описан своеобразный синдром *«зар»,* т.е. одержимость духами, выражающийся в расстройстве сознания по типу упорядоченного сумеречного помрачения сознания. Вселившиеся в людей духи устраивают по этому поводу праздник, поэтому пациенты насильственно поют, смеются, пляшут, плачут или причитают. Часто одержимый духами бьется головой о стену или причиняет себе другое физическое увечье. Некоторые демонстрируют уход в себя и полную апатию, отказываются есть и выполнять свои повседневные

обязанности или «устанавливают» с духами, овладевшими ими, долговременные тесные отношения. Такое поведение не во всех культурах рассматривается как патология, многие, народы считают эту болезнь священной и рассматривают ее симптомы как знак избранности.

В Латинской Америке у индейцев племени кечуа часто диагностируется болезнь *Сусто*. Она выражается в том, что после встречи с какой-нибудь сверхъестественной силой (дьяволом, ведьмой) человек падает от страха на землю и теряет душу, которая после этого падения находится в плену у земли. Симптомы заболевания включают в себя полное отсутствие аппетита, выраженную потерю массы тела, общую слабость, поверхностный тревожный сон и явления апатической депрессии. Болезнь длится несколько месяцев, а то и лет. Лечение шамана заключается в том, чтобы при помощи заклинаний и жертвоприношений «задобрить» землю, которая вернет больному его душу.

Иерусалимский синдром отмечается довольно часто у туристов, посещающих святые места этого города. Проявляется в переживаниях отождествления себя с библейскими персонажами, чаще всего с Иисусом, Моисеем, Авраамом. Особенно много было пациентов с подобной симптоматикой в 2000 г. (470 человек). Израильские психиатры связывают это с общественной шумихой по поводу празднования третьего тысячелетия. Иерусалимский синдром длится несколько дней, но не больше одной недели и нередко проходит без всякого лечения.

Синдром Стендаля — острое психическое расстройство по типу шоковой реакции, вызванное встречей с художественными шедеврами Флоренции (чаще всего с «Мадонной» Рафаэля и «Давидом» Микеланджело). Возникает у чрезмерно эмоциональных туристов из европейских стран, но никогда не наблюдается у местных жителей и туристов из азиатских стран. Ежемесячно несколько туристов попадают в психиатрическую больницу им. Святой Марии во Флоренции с симптомами паники или выраженной истерической симптоматикой (включая истерические припадки), развившейся остро после посещения музея или непосредственно в процессе экскурсии. Синдром назван в честь Стендаля, посетившего Флоренцию в 1817 г. и описавшего свое переживание священного ужаса при виде знаменитых шедевров художников Возрождения.

В последние годы, в связи с широким распространением в жизни людей компьютеров, в Японии описан своеобразный синдром *«отаку» (otaku)*. Речь идет о подростковом поведении, характеризующемся глубоким погружением в виртуальную реальность, видеоигры, прослушивание музыки через стереофонические наушники, когда из жизни практически вытесняется необходимость социальной интеграции, стремление к получению образования, развитие личности через определенные ступени достижения. Данный синдром может появиться в любой стране, достигшей определенного уровня технического развития.

Существуют, однако, особые синдромы, ранее не характерные для нашей страны, но в последнее время в связи с выраженной миграцией населения и расширением культурного обмена (включая и все возрастающее количество

иностранных студентов) они все чаще описываются в отечественной психопатологии. Остановимся на наиболее интересных из них.

Синдром Кувад (Couvade)

Синдром Кувад (мнимая беременность у мужчин) — это совокупность психогенных и психосоматических нарушений, поражающих мужчин, имеющих беременных жен. При этом синдроме будущий отец испытывает те же неприятные ощущения, переживания и сенсации, что и его беременная жена. Значительно реже эти проявления испытывает отец или другой близкий родственник будущей роженицы. Термин Couvade произошел от французского глагола «couver», что означает насиживать яйца или высиживать птенцов. Впервые этот синдром был описан несколько веков назад. При этом всегда ссылаются на высказывание Ф. Бэкона [см.: 84], сделанное им в 1627 г. о том, что в некоторых зарубежных странах любящие и добрые мужья как бы имитируют роды, чтобы помочь женам. В полном своем клиническом выражении этот синдром встречается редко (по крайней мере, так считалось до последнего времени), но стертые или слабо выраженные признаки синдрома Кувад в популяции проявляются довольно часто, хотя и пропускаются врачами. По данным W.H.Trethowan и M.A.Conlon [99] 11% мужчин детородного возраста в той или иной степени пережили этот симптомокомплекс во время беременности своих жен, т.е. каждый девятый из будущих отцов переболел синдромом Кувад. Отдельные же симптомы этой необычной патологии встречаются еще чаще. Так, абдоминальный вариант синдрома Кувад выявлен у 40% обследованных мужчин, имеющих беременных жен. К основным симптомам Кувад-синдрома относится утренняя слабость, снижение, извращение или повышение аппетита, практически ежедневная тошнота и рвота иногда натощак, иногда при виде или запахе какой-то определенной пищи, частые запоры или, наоборот, поносы, желудочные или кишечные колики, боль внизу живота, (которая по своей выраженности и интенсивности может даже имитировать аппендицит), боль в области поясницы, психогенная зубная боль, а также так называемые «боли сопереживания» или «боли симпатии» [78, 99]. Последние выражаются в том, что у мужа беременной болевое ощущение всегда локализуется в том же органе, что и у жены. Эти симптомы всегда сопровождаются эмоциональной неустойчивостью, повышенной раздражительностью, депрессией, внутренним напряжением, бессонницей, капризностью, крайним эгоцентризмом, нетерпимостью, неприятием иных точек зрения на ту или иную проблему. Важно отметить, что капризность мужчин с синдромом Кувад значительно превосходит «ветреность желаний» реально беременных женщин.

Тем не менее следует особо подчеркнуть, что чаще всего «имитирует дискомфорт беременности« при синдроме Кувад именно пищеварительная система [99]. Хотя вариации могут быть самыми разнообразными, включая

такую казуистику, как появление ячменя на одном или обоих глазах или носовое кровотечение.

Симптомы Кувад, как известно, начинаются у мужа на третьем месяце беременности жены и достигают своего пика к девятому месяцу беременности или к началу родов. Иногда же отмечаются два пика: на третьем и девятом месяцах с относительным редуцированием симптоматики в межпиковый период.

Характерно, что у одной трети пациентов симптоматика этого синдрома бурно дебютирует, но к моменту родов может полностью пройти, у второй трети больных боль проходит только после рождения ребенка, у последней трети болевые ощущения остаются и после рождения и соответствуют степени заживления у рожениц послеродовых осложнений (разрывы и пр.).

Синдром Кувад имеет склонность к хроническому течению. Раз возникнув, он проявляется во всех будущих беременностях, хотя и может несколько варьировать в клиническом оформлении.

Считается, что в основе появления симптоматики Кувад лежит неосознанная тревога за судьбу жены и будущего ребенка, которая подогревается огромным чувством вины перед женой [78]. Считается, что «ложная беременность» у мужчин часто является проявлением идентификации мужчины со своей матерью «для искупления вины перед ней» [79].

Синдром Кувад обычно связывают с ритуалом Кувад некоторых народностей, при котором муж во время родов жены ложится на кровать, отказывается от еды и криками и различными телодвижениями как бы симулирует роды, принимая часть боли на себя. Этим ритуалом нередко пользовались средневековые колдуньи, которые «боль жены переносили на мужа», за что довольно часто попадали вместе со своими клиентами на костер инквизиции. Антропологическое значение ритуала Кувад значительно варьирует в своей интерпретации: от наличия редуцированных женских репродуктивных органов у мужчин до своеобразной символической борьбы с матриархатом [78].

Во время исследования психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта нами совершенно случайно было выявлено 11 случаев классического синдрома Кувад, которые первоначально ошибочно интерпретировались как страдающие гастралгией или синдромом возбудимой толстой кишки. Только тщательный и целенаправленный анамнестический анализ, а также хронологическое совпадение симптоматики у мужчин с соответствующими проявлениями у их беременных жен позволили исключить вышеуказанные диагнозы и остановиться на синдроме Кувад [40].

Все обследованные — молодые мужчины в возрасте от 21 года до 27 лет, состоявшие в первом браке и ожидающие прибавления семейства. В десяти случаях у их жен была первая беременность. Один молодой человек уже имел одного ребенка и, соответственно, имел определенный опыт с симптоматикой Кувад.

Клиническое и экспериментально-психологическое исследование показало, что во всех наблюдениях это были личности инфантильно-

истерического склада с высоким уровнем неотреагированной тревоги (что, кстати говоря, совершенно не характерно для этого типа личности), с хорошо отработанным механизмом психологического переноса. Именно поэтому дискомфорт беременности жены «переносился» в виде симптоматики синдрома Кувад на мужа, тем более что этот перенос подпитывался огромным, но неосознанным чувством вины перед женой. Характерно, что эти мужчины с детства воспитывались в сугубо матриархальных семьях, где роль отца была сведена только к функции продолжения рода. В семье доминировала и диктовала свою волю властная и решительная мать, своеобразная Кабаниха, не дававшая даже внешней возможности права выбора. В своих оценочных шкалах будущие пациенты всегда были ориентированы только на мать, другие возможности не рассматривались даже в качестве гипотезы.

Собственно и женились они по выбору матери, при этом жены их были молодыми копиями матерей. Как и их отцы, в семье мужчины всегда были на вторых ролях, никогда не допуская даже мысли о возможном лидерстве.

Характерно, что у одного молодого человека эмоциональная сенситивность, плаксивость, боли внизу живота и тяжесть в пояснице совпадали хронологически с пред- и менструальным состоянием жены (этот эпизод отмечался у него в течение шести месяцев вплоть до наступления беременности у жены). Такой «менструальный вариант синдрома Кувад» в литературе не описан. Механизм его появления, так же как и типичного синдрома Кувад, тот же самый — истерический перенос по типу «болей симпатии» [78, 79]. У всех пациентов отмечались те или иные сексуальные расстройства, главным образом в виде преждевременного семяизвержения, что вызывало у них определенный комплекс неполноценности и вины перед женой.

Больной О., 26 лет, по образованию учитель русского языка и литературы. Женат с 20 лет. Наследственность благоприятная. Единственный ребенок в семье. Рос и развивался адекватно. Воспитывался матерью и бабушкой, отец оставил семью, когда ребенку было 4 месяца. Мать характерологически — личность истеро-эпилептоидного склада, всегда очень эмоциональная, в то же время властная до жестокости и требовательная до педантизма. Больной с детских лет всегда жил по ее законам, беспрекословно выполнял все ее указания и требования, свято верил ей во всем. До сих пор считает, что усомниться в сказанном матерью — значит свершить святотатство. В школе с семи лет, учился всегда отлично по всем предметам, за исключением физкультуры, где он значительно уступал своим сверстникам. После окончания средней школы по желанию матери поступил на факультет русского языка и литературы педагогического института, хотя будущая специальность не нравилась. На III курсе женился по любви на студентке физмата того же института. Перед этим в течение года встречался с будущей женой, но почти всегда в присутствии матери. Его невеста и мать удивительно ладили между собой, были настолько интересны друг другу, что это вызывало у больного определенную ревность (хотя ему всегда было трудно определить, ревнует ли он невесту к матери или наоборот). Удивительная внутренняя похожесть матери и невесты позволила ему избежать типичных в таких случаях

внутренних и внешних конфликтов. После свадьбы больной переехал жить к жене, но вскоре с удивлением обнаружил, что ничего не изменилось: жена также опекает его как большого ребенка, все семейные проблемы решает сама, проявляя при этом завидную решительность, настойчивость и упорность. Жена отличалась фригидностью, поэтому преждевременное семяизвержение мужа ее вполне устраивало. Она никогда не высказывала никакого неудовольствия по этому поводу, более того, доказывала мужу, что в этом и состоит основная миссия мужчин — все в жизни надо делать быстро и без проволочек. Больной жену за это боготворил. Однако беременность встретил тревожно, часто вслух беспокоился, смогут ли они справиться с малышом. Беременность жены протекала тяжело: почти с первых дней ее тошнило, рвало, отсутствовал аппетит, отмечались болевые ощущения в области желудка. Больной весьма сочувственно относился к страданиям жены, переживал от того, что ничем не может ей помочь. На четвертом месяце беременности жены у больного внезапно появилась тошнота и рвота по утрам, а в последующем и боль в желудке. Решил, что у него язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, обследовался у гастроэнтерологов, однако никакой патологии, кроме банального гастрита, выявлено не было, о чем и было сообщено больному и его жене. Однако, поскольку тошнота, рвота и боль в желудке сохранялись, он еще несколько раз обследовался в разных клиниках, несколько раз делал гастроскопию. Снова патологии не выявили и больному заявили, что «все это у него на нервной почве», рекомендовали пить настойку пустырника и валериану, что больной и делал. Симптоматика несколько смягчилась, хотя и не прошла полностью. Постфактум, много времени спустя больной сообщил, что его состояние целиком определялось самочувствием жены. Причем все, что испытывала жена, больной испытывал в значительно большей степени. Если у жены была однократная рвота, то у него — неукротимая и длилась нередко несколько часов. Он вынужден был обращаться к терапевту, но почти всегда выставлялся диагноз пищевого отравления и больного пытались отправить в инфекционную больницу. За время беременности жены больной похудел на 11 кг, так как аппетит постоянно отсутствовал, часто тошнило и рвало. Однако самое страшное было еще впереди, когда у жены начались предродовые схватки и на глазах больного отошли околоплодные воды. Когда «Скорая помощь» отвезла жену в родильный дом и больной вернулся с ее вещами домой, его тревога достигла максимума. Он метался по квартире, ничем не мог заняться, через каждые пять минут звонил в справочную роддома. Вот именно тогда он впервые почувствовал непроизвольное мочеиспускание, после чего появилась резкая острая боль в низу живота. Боль была настолько выраженной, что «перехватывало дыхание». С подозрением на острый аппендицит больной был отправлен в хирургическое отделение, откуда был выпущен через два часа в связи с отсутствием какой-либо хирургической патологии. Однако как только он оказался дома, боль вернулась, хотя и не такая интенсивная, как прежде. Болевые ощущения сохранялись до тех пор, пока он не узнал, что у него родился сын. В дальнейшем, когда жена вернулась домой, больной узнал, что роды ее протекали значительно легче, чем рисовало ему его воображение, и что

от родов «больше натерпелся он, а не его жена».

Спустя пять лет жена его вновь забеременела и больной вновь на четвертом месяце беременности жены стал испытывать вначале утреннее недомогание, потом тошноту, рвоту, боль в области желудка. Однако на этот раз он уже видел определенную связь между переживаниями жены и своими ощущениями и поэтому регулярно посещал психотерапевта и принимал назначаемые ему транквилизаторы и нейролептики. Перед родами по совету врача больной удвоил дозу принимаемых препаратов. И хотя была небольшая резь в низу живота во время реальных родов жены, «настоящих родов» больной больше не испытал.

В данном наблюдении типичные проявления синдрома Кувад возникли у инфантильно-истерической личности, обладающей богатым воображением. Боготворивший жену больной страстно желал помочь ей и перенести часть боли на себя. Это, по всей вероятности, послужило триггерным механизмом неосознаваемого феномена психологического переноса. Характерно, что перенос был достаточно полным, а иногда и чрезмерным. Символом отхождения околоплодных вод стало у больного непроизвольное мочеиспускание, символом родовых схваток — резкая боль внизу живота, которая даже симулировала клинику так называемого острого живота. Необходимо отметить, что во время второй беременности синдром Кувад был выражен у этого больного в значительно меньшей степени. Этому есть два объяснения: во-первых, больной уже был под наблюдением психиатра и получал соответствующую терапию и, во-вторых, он уже обладал более полной и более адекватной информацией о беременности и родах.

Диагноз больного (истерический невроз) не вызывал сомнения. Он вытекал из наличия специфической психотравмирующей ситуации, обусловленной беременностью жены, истерического включения механизма переноса и невротической симптоматики истерического круга. При разрешении психотравмирующей ситуации (адекватные роды) вся симптоматика полностью купировалась, что типично для всех неврозов. Во всех остальных наблюдениях был также диагностирован истерический невроз. Синдром Кувад интересен не только психиатрам, его необходимо знать хирургам, инфекционистам, а также акушерам-гинекологам. Последним потому, что в нашей стране, вслед за многими европейскими странами, в последнее время все чаще стали практиковаться роды в присутствии мужа. Трудно представить себе, кому оказывать помощь, когда в одной палате начинаются роды у жены и родовой вариант синдрома Кувад у мужа.

Синдром Коро

Впервые описан в 1895 г. и до сих пор продолжает привлекать внимание психиатров как типичный вариант краевой культуральной психической патологии [93]. Выделенный вначале лишь у мужчин Юго-Восточной Азии

(главным образом китайцев, индонезийцев, вьетнамцев и др.), он состоит из трех типичных симптомов: 1) бредовой или, значительно реже, сверхценной убежденности в постепенном, а иногда довольно быстро наступающем сморщивании и уменьшении в размерах полового члена (собственно слово «коро» по-китайски означает сморщенную голову черепахи); 2) втягивание полового члена в брюшную полость или вообще внутрь тела вплоть до полного его исчезновения; 3) возможность наступления из-за этого смерти. Впрочем третий симптом не всегда выражен, он, по всей вероятности, является лишь логическим завершением мысли о «смерти мужчины», лишенного полового члена. Несмотря на откровенную «азиатскую» ориентацию этого синдрома (возможно, обусловленную некоторыми анатомическими особенностями отдельных представителей этого региона), указанный вид патологии в последнее время стали описывать и в других географических районах и этнических группах, например в Южной Африке у зулуса [83], в Ирландии у молодого 20-летнего белого человека [97], а также в нашей стране [41]. К настоящему времени описано около двадцати десятков случаев Коро у европейцев [67]. Из них только у двух человек он был представлен в классическом виде. В большинстве же наблюдений третий симптом — возможное наступление смерти — отсутствовал. Это подтверждает предположение о том, что смерть здесь понимается не в прямом, а в переносном смысле, т. е. не смерть человека вообще, а гибель в человеке мужчины как полового партнера. Отсутствие третьего симптома позволило ряду авторов [67, 88] говорить о Коро-подобном синдроме у лиц неазиатского происхождения.

Что касается нозологической принадлежности синдрома Коро, то, по всей вероятности, он не имеет определенной спецификации, ибо встречается при самых разнообразных психических заболеваниях: шизофрении, острых аффективных и неаффективных психозах [88], пограничных психических расстройствах [76], алкоголизме [83], СПИДе [82] и др. В любом случае в семьях больных синдромом Коро всегда присутствует один или несколько близких родственников, страдающих различными психическими заболеваниями. Позволим высказать предположение, что этот синдром является психическим заболеванием, проявляющимся в точке с *locus minoris resistencia.* Действительно, у всех заболевших синдромом Коро отмечались до этого заболевания те или иные сексуальные расстройства [88, 93, 98]. Некоторые больные для предотвращения сморщивания и сокращения полового члена подвешивают на него различные тяжести. В китайской же популяции для этой цели выпускаются специальные «половые скобы», что свидетельствует о том, как толерантно относятся к этому расстройству в китайском обществе, с одной стороны, и как широко оно распространено в популяции, с другой.

Больной А.Ц., 26 лет, рост 156 см, масса тела 45 кг, родился от русско-польского брака, по образованию — физик-теоретик. Единственный ребенок в семье. Дед по линии отца страдал параноидной шизофренией, 9 раз лечился в психиатрических больницах. Отец — шизоидная, холодная личность, интересующаяся только теоретическими проблемами физики. В обычной жизни

отец больного крайне непритязателен и неприспособлен, теряется в элементарных житейских ситуациях. Воспитанием сына никогда не интересовался и не занимался. Мать — решительная, целеустремленная, лидер в семье и на работе, оптимистка, любительница крепкого словца, поклонница поэзии Саши Черного.

Больной в преморбиде — крайне тревожный, неуверенный в себе, ранимый, сенситивный, склонен к меланхолии и ипохондризации. Большой любитель Ремарка и Мережковского. В своем развитии с ясельного возраста опережал своих сверстников, сам научился читать в четыре года, очень быстро, минуя сказки, перешел к литературе для взрослых. В школе с семи лет, учился легко и без особых усилий, но никогда не любил отвечать у доски или выступать на собраниях. Писал прекрасные сочинения по литературе и увлекался теоретической физикой. Со сверстниками было скучно, всегда охотно общался с немногочисленными друзьями отца (которые, как и последний, были личностями шизоидного круга). Половое чувство появилось поздно, с началом полового созревания, т. е. примерно в 17 лет. Мастурбацией никогда не занимался, не было потребности. После окончания средней школы достаточно легко и без всяких репетиторов поступил в один из самых престижных московских технических вузов. Учился с удовольствием. Первый половой контакт (причем не по инициативе больного) — в возрасте 25 лет. Перед этим очень боялся, что у него ничего не получится. Собственно, так и произошло, эрекция была слабой, коитус не удался. Через неделю повторил эту попытку — снова неудача. И если в первый раз партнерша тактично промолчала, то после второй неудачной попытки она долго и мстительно награждала его весьма обидными и неприятными оскорблениями, вроде того, что его половые органы напоминают подобное у детей ясельного возраста. Очень аффективно переживал не только свой очередной неуспех, но и то, что партнерша сказала по поводу размеров его половых органов. Стал внимательно присматриваться к ним. Уже через неделю у больного появилось ощущение, что его половой член стал уменьшаться в размерах, как бы «скукожился» и стал «врастать в живот». Ежедневно линейкой измерял размеры полового члена и с каждым разом было ощущение, что он опять уменьшился. В отчаянии обратился к урологу, который сказал, что для роста больного параметры его гениталиев адекватны. Врачу не поверил, обратился к «более грамотному специалисту». На сей раз уролог нашел «элементы простатита» и назначил массаж простаты. Во время сеансов массажа «сокращение» полового члена прекратилось, но после завершения полного курса массажа ощущения сокращения полового члена и «втягивания его в живот» вновь вернулись. После этого многократно обращался к врачам соответствующего профиля, но никакой урологической патологии выявлено не было. Единственный друг больного посоветовал ему применить «народный метод лечения» — подвесить небольшой груз за головку полового члена. Больной сначала подвесил гирьку в 200 г, но из-за начавшегося отека головки груз снизил до 40 г. С подвешенным грузом ходил только дома в течение 2 ч ежедневно. По его мнению, сокращение полового члена замедлилось, хотя и не прекратилось совсем. Вновь

обратился к урологу, который и направил больного к психотерапевту (психиатру).

На приеме у психиатра больной крайне тревожен, полностью охвачен своими переживаниями, настроение подавленное, испытывает ощущения сокращения полового члена и втягивания его в брюшную полость, чувствует, что его мошонка «чрезмерно сморщилась», а яички стали мягкими и уменьшились в размерах, хотя теоретически допускает абсурдность этих переживаний. По словам больного, последнее время он, кроме того, стал испытывать болезненные ощущения в левом и правом паху, анусе и в области мочевого пузыря. Объясняет это «уходом полового члена внутрь живота и давлением его изнутри на другие участки тела».

Больному, кроме каузальной психотерапии (дважды в неделю), был назначен курс сапарала (для повышения либидо и потенции), азафена и амитриптилина (для снятия депрессии и тревоги) и терален в инъекциях по 4 мл ежедневно в течение одного месяца (для снятия ипохондрических переживаний). Спустя два месяца состояние больного улучшилось, выровнялось настроение, появилась утренняя эрекция, постепенно дезактуализировались, а затем и полностью исчезли идеи о сокращении полового члена. Больной в последующем был на поддерживающей психотерапии в течение года. Состояние было удовлетворительным. Имел несколько удавшихся половых связей. Спустя год женился, с женой проблем нет. Прежние переживания по поводу полового члена больше не беспокоят.

В данном наблюдении речь идет о больном с наследственной отягощенностью (шизофрения у деда) и выраженным психастеническим складом личности. В качестве особенности можно отметить позднее половое созревание и резко сниженное либидо в подростковом и юношеском возрасте. Неудачные первые половые попытки послужили для него мощной психической травмой, что еще более усугубилось неадекватным поведением партнерши. Психическая травматизация привела, с одной стороны, к реактивной депрессии, а с другой — к ипохондрической фиксации по поводу параметров полового члена. Вскоре он «понял», что его сексуальные неудачи связаны, возможно, с тем, что половой член его стал укорачиваться и втягиваться в брюшную полость. Это «роковое открытие» привело к паническому состоянию и интенсивному хождению по врачам. Следует отметить, как особенность данного наблюдения, что третий симптом синдрома Коро, а именно — возможность наступления смерти, в данном случае отсутствовал полностью. Вероятно для европейцев более характерен редуцированный вариант этого синдрома — так называемый Коро-подобный синдром [67, 82].

Другая особенность данного наблюдения заключалась в том, что идеи уменьшения полового члена и его «проваливания» в брюшную полость по существу не носили бредового характера и соответствовали ближе всего понятию «небредовой ипохондрии». Эти идеи под действием психотерапевтических сеансов подвергались определенной коррекции. Следует отметить и постепенное расширение ипохондрических сенсаций, охватывающих практически всю промежность. Коро-подобный синдром в

данном случае выступает как проявление ипохондрического симптомокомплекса, развившегося на фоне реактивной депрессии невротического уровня. Таким образом, описанная патология может быть проявлением так называемого ипохондрического невроза. Однако необычность локализации, вычурность ощущений и интерпретации, а также «расползание» ипохондрических сенсаций на другие участки тела не позволяют с достаточной уверенностью исключить наличие у больного эндогенного процесса. Дальнейшие исследования на более репрезентативном материале, возможно, помогут разрешить данную проблему.

Синдром Дулитл (Dolittle)

Типичный пример проявления не столько культуральных особенностей пациента, сколько их профессиональной направленности и профессиональных интересов. В патологических переживаниях психически больных нередко отмечаются эпизоды включения в бредовую систему различных животных, в том числе превращения в этих животных или вселения животных в организм больного. В качестве примера можно сослаться на ликантропию, бред одержимости и метаморфозы.

Однако в мировой психиатрической литературе до настоящего времени не было описания переживания пациентами голосов, исходящих от различных животных, главным образом птиц, живущих рядом с человеком.

Термин «феномен Дулитл», или «симптом Дулитл», исторически связывают с доктором Джоном Дулитлом, который, согласно легенде, мог понимать язык различных представителей животных и разговаривать с ними. Языку животных его якобы обучил домашний попугай.

Согласно опубликованной в 1922 г. биографии [см.:75], вышеупомянутый доктор длительное время страдал депрессией, перешедшей затем в манию. Именно в мании он и стал разговаривать со своим попугаем, а в дальнейшем и с другими домашними животными.

К настоящему времени в зарубежной психиатрической литературе опубликована лишь одна работа, посвященная феномену Дулитл [75]. Авторы этой публикации описали шесть случаев острых психотических состояний (шизофрения, шизофреноформный психоз и др.), в которых как эпизод звучали «голоса птиц». Этот симптом, по мнению авторов, не является специфичным только для шизофрении или шизофреноформных психозов, он может встречаться и при «депрессивном психозе», всегда свидетельствуя о выраженной тяжести психического состояния пациента.

За последние годы среди серии обследованных нами больных шизофренией с параноидной симптоматикой выявлены два наблюдения, в клинической картине которых отмечались «птичьи галлюцинации» [40].

Наблюдение 1-е

Больная Н., 44 года. Образование — семь классов сельской школы.

Работала в колхозе на разных работах, но главным образом выращивала кур и гусей. Сколько себя помнит, всегда «воевала» с воробьями, воронами и голубями, которые воровали корм кур. Последние восемь лет живет в Москве, работает маляром на стройке. Происходит из наследственно не отягощенной семьи. В течение последних семи лет страдает шизофренией, перенесла пять отчетливых психотических приступов, которые проявлялись галлюцинаторно-бредовой симптоматикой с явлениями психических автоматизмов, речедвигательными галлюцинациями Сегла и внутренней зоопатией (по Дюпре и Леви). Отмечались ремиссии плохого качества с отсутствием критики и сохранением резидуального бреда. После третьего приступа течение заболевания приняло практически безремиссионный характер.

Настоящее обострение началось довольно типично для нее: услышала голоса внутри головы, которые бранили больную, упрекали ее в том, что она неправильно воспитывает дочь, не занимается домашним хозяйством. Через некоторое время почувствовала воздействие извне, поняла, что на нее воздействуют или из самого космоса, или из летающих тарелок. Голоса приказывали ей выходить на балкон, а там невидимые летающие тарелки «считывали информацию из ее мозга» и «вкладывали в голову» определенные «команды», касающиеся ее личной жизни. Однажды утром во время прогулки с собакой услышала, как чирикающие воробьи стали ругать ее нецензурной бранью, сначала очень удивилась этому и даже стала «в ответ ругаться», а потом поняла, что воробьи мстят ей за то, что в колхозе она гоняла их с птичьего двора.

Через несколько дней ее уже ругали не только «чирикающие воробьи», но и «молчаливые голуби». Последние не только сквернословили в адрес больной, но и каким-то особым образом двигались. Поняла, что птицы являются «агентами летающих тарелок» или же в них вселились инопланетяне, которые должны покорить Землю. Одновременно птицы заявляли ей, что если она посмеет раскрыть их тайну, она будет заклевана воронами (незадолго до этого больная смотрела американский боевик, где одной из героинь ворон выклевал глаза).

В таком состоянии больная была госпитализирована в психиатрический стационар, где длительное время диссимулировала свое состояние. После полутора месяцев лечения инъекциями галоперидола и стелазина в больших дозах продуктивная психотическая симптоматика несколько дезактуализировалась. После проведенного в больнице трехмесячного лечения больная по-прежнему не выявляла критики к перенесенному состоянию, была убеждена, «что все это могло быть правдой». Даже при выписке из стационара вынашивала идеи мести птицам. С этой целью планировала съездить в Китай, где, как ей кто-то сказал, когда-то успешно боролись с воробьями.

Обсуждая данное наблюдение, которое диагностически не вызывает никаких сомнений, следует, вероятно, говорить не столько о симптоме Дулитл, сколько о своеобразном синдроме. По нашему мнению, в этот синдром следует отнести вербальные иллюзии (чириканье воробьев воспринималось как циничная брань), слуховые галлюцинации («молчащие» голуби ругали больную

и отдавали ей различные приказы) и бред отношения (птицы мстят за прошлое, следят за нею как агенты тарелок, воздействуют на нее).

Наблюдение 2-е

Больная С., 34 года. Родилась и воспитывалась в деревне недалеко от дачного поселка. Сторож дачного кооператива увлекался разведения голубей. Больная с детства мечтала стать «голубятницей». Окончив восемь классов сельской школы, в дальнейшем работала на различных сельскохозяйственных работах. Последние четыре года проживает в Москве, работает разнорабочей на стройке. Данное поступление в психиатрический стационар — повторное. Первое поступление — около года назад. Тогда больная испытывала интенсивные идеи преследования, воздействия. Ею мысленно «управляла шайка бандитов», которые не только контролировали ее мысли, но и при помощи особой аппаратуры устраивали ей крайне неприятные однообразные сновидения, в которых показывали больной, что с ней произойдет, если она перестанет на них работать. Лечилась нейролептиками в психиатрическом стационаре два с половиной месяца. При выписке критики к перенесенному не было. После выписки лекарств не принимала, психоневрологический диспансер не посещала. Продолжала работать на стройке. Спустя год без видимой причины стала испытывать диффузные страхи, тревогу, поняла, что о ней снова вспомнили бандиты, которые преследовали ее раньше. Чувствовала присутствие преследователей в метро, автобусах. Услышала голос внутри левого плеча, поняла, что во сне ей внедрили какой-то прибор (на самом деле на этом месте созревал фурункул). При помощи этого аппарата не только контролировали ее, но и фиксировали на пленку все ее поступки, мысли, чувства. Иногда «ненужные» мысли убирали и заменяли их другими, ей не свойственными. Пришла к выводу, что над ней будут проводить медицинские эксперименты. Собственно, сообщили ей об этом голуби, которые то ворковали на подоконнике (и в этом воркования проскальзывали отдельные фразы), то начинали говорить человеческим голосом. В последнем, впрочем, больная не очень уверена, тем не менее она понимала то, что говорили ей голуби. Они, в частности, сообщили, что присланы для ее защиты, что будут рассказывать ей обо всех «кознях», чтобы она могла предпринять контрмеры. Предлагали ей сходить к хирургу и вырезать из плеча «прибор», чтобы избавиться от преследователей. В то же время домашняя кошка стала часто мяукать, при этом «многозначительно» смотрела на больную. Последняя поняла, что кошка хочет ей что-то сказать, о чем-то предупредить, но ей это не разрешают все те же преследователи. Голуби же беседовали с больной в течение всех четырех дней до стационирования.

При поступлении в стационар больная постоянно рвалась к окну (что расценивалось персоналом как суицидальная тенденция). Много позже выяснилось, что голуби во дворе сообщали ей вести о предпринятых против нее мерах, в частности сообщили, что врачи подкуплены, что они уже приступили к медицинским экспериментам. Что вместо лекарств ей дали проглотить «капсулы», которые будут постепенно разрушать ее организм. Голуби также сообщили, что будут продолжать защищать ее и нейтрализуют внедренные в

нее «капсулы». Больная находилась в стационаре четыре месяца, синдром Дулитл был купирован в течение трех недель. Прочая продуктивная симптоматика оказалась терапевтически резистентной. Больной была оформлена II группа инвалидности.

В данном наблюдении синдром Дулитл составляет далеко не главную часть психопатологии аффективно-параноидного приступа неблагоприятно протекающей шизофрении. Однако включение в психопатологическую структуры расстройств восприятия и мышления, связанных с животными (голуби и кошка), свидетельствует о более тяжелом и филогенетически более древнем уровне протекания патологического процесса.

Таким образом, феномен Дулитл, состоящий из слуховых галлюцинаций, «идущих от птиц и животных», по нашему мнению, является синдромом и включает в себя триаду взаимосвязанных между собой расстройств: вербальных иллюзий, слуховых галлюцинаций птичьего содержания и бредовых идей воздействия со стороны птиц [40]. Наличие этого синдрома, являющегося проявлением парциальной регрессии на онтогенетически более примитивный уровень бредового реагирования людей каменного века, свидетельствует о более тяжелом регистре психопатологического расстройства.

Кроме того, включение в галлюцинаторно-параноидную систему птиц и животных в какой-то степени свидетельствует о не очень высоком интеллекте больных с так называемым архаическим восприятием. Можно предположить, что подобная тематика галлюцинаторных и бредовых переживаний была характерна для людей периода палеолита, когда, собственно, и началось интенсивное одомашнивание многих животных и птиц.

В то же время единичные наблюдения рассматриваемого феномена позволяют говорить лишь о предположительности (как нозологической, так и феноменологической) этого психопатологического расстройства. Детальное изучение данного вида патологии на репрезентативном материале позволит сделать более четкие выводы о сущности и нозологической спецификации синдрома Дулитл.

Синдром Дхат (Dhat)

Его называют иногда разновидностью регионального сексуального невроза [68, 72] или культуральным невротическим расстройством [71], широко распространен у мужчин некоторых азиатских и африканских стран [87]. Однако чаще всего он встречается в индийской популяции и культурально родственных им народностей. Наиболее распространенными синонимами этого состояния являются термины *Лгуап* (Индия), *shen-k uei* (Китай), *sucrapateha* (Шри-Ланка) [87]. Этот симптомокомплекс заключается в убеждении больных в том, что из организма здорового молодого мужчины вместе с мочой выделяется беловатая субстанция, т. е. дхат, приводящая к тяжелому психическому или соматическому заболеванию. Термин Дхат произошел от

санскритского слова Dhatu и дословно означает название эликсиров человеческого тела. В древнеиндийском лечебнике Sushrita Samhita описываются семь разновидностей эликсиров человеческого тела, из них самым важным является «семя мужчины» (virya, одновременно переводимым как «храбрость воина-победителя»). По древним преданиям и повери-ям Dhat, включающий в себя и virya, всегда ассоциировался с силой и мощью воина, потеря же этого эликсира неминуемо приводила к тяжелым страданиям, а иногда и к смерти. Нечто похожее описано в другом древнеиндийском руководстве по врачеванию Charak Samhita под названием Shukrameha — сперматурия. По канонам народной индийской системы медицины Аюрведы потеря семени даже в незначительной степени неизбежно приводит к значительной потере физической и психической энергии со всеми последствиями. Справедливости ради следует отметить, что сравнивать Дхат со спермой было бы весьма примитивно, ибо в понимании древних индийцев этот «эликсир жизни» — нечто значительно большее и определяющее существо человека понятие, нежели производное мужских половых желез (в тривиальном европейском понимании). Именно философское основополагающее значение этого термина, глубоко укоренившееся в сознании индийского населения и представителей родственных философско-культуральных сообществ, во многом и определяет множественность психических, психосоматических и физических нарушений при этом виде типичной краевой культуральной патологии [91]. Следует особо подчеркнуть, что к сексуальному неврозу эта патология по существу не имеет никакого отношения. Это культурально обусловленный ипохондрический синдром [44], где утечка жизненной силы происходит якобы через половой орган, и это единственное, что связывает указанную патологию с сексуальными расстройствами. Убеждение, что жизненная сила покидает человека через половой орган, приводит, как уже указывалось, к самой разнообразной патологии, а иногда и к смерти. Заболевают этим недугом, как правило, подростки, юноши и молодые мужчины, чрезмерно эмоционально-незрелые, легко дающие панические и ипохондрические реакции, слепо верящие в приметы, принимающие на веру все сказания и поверья предков, не допускающие даже теоретически критической оценки мифологических постулатов опыта предыдущих поколений. По данным индийских исследователей [72], это заболевание чаще отмечается в сельской местности у представителей более низких социально-экономических групп. Значительно реже эта патология описывается у горожан и у представителей умственного труда, а также ориентированных на западную культуру и соответствующий образ жизни. У последних синдром идет как своеобразная культуральная ипохондрия. При этом самый тщательный анализ мочи какой-либо патологии не выявляет (за исключением в редких случаях наличия небольшого количества оксалатов и фосфатов). Иногда в моче, правда, выявляется примесь спермы, что объясняется молодым возрастом и нередкими поллюциями. Именно наличие в моче спермы и расценивается многими пациентами как истечение Дхат.

Как уже указывалось, пациенты с подобной патологией встречаются

среди выходцев из Индии, Пакистана, Непала, Шри-Ланки, Бангладеш независимо от места их проживания. Отмечаемая в последние годы миграция населения переводит культуральную патологию, включая и Дхат-синдром, из казуистики в ранг тривиальной психической патологии, которая особенно интенсивно проявляется и актуализируется в новой необычной среде с резким изменением динамического жизненного стереотипа [44].

Случаи этого синдрома описаны и в нашей стране, правда, у студентов индийского происхождения, обучавшихся в Москве.

Для иллюстрации приведем собственное наблюдение.

Больной С.К., 21 года, студент II курса одного из московских вузов. В Москве проживает третий год. Обратился к терапевту поликлиники с жалобами на нарастающую вялость, слабость, снижение успеваемости, плохое настроение, повышенную зябкость (хотя две предыдущие московские зимы перенес хорошо). Был назначен курс витаминотерапии, после чего относительно удовлетворительно чувствовал себя в течение нескольких дней. Однако уже через неделю с прежними жалобами обратился к тому же терапевту. Был проконсультирован невропатологом, патологии со стороны ЦНС не выявлено. С диагнозом «астеническое состояние неясного генеза» и рекомендацией соблюдать режим труда и отдыха, а также продолжать прием витаминов больной был направлен на консультацию к психотерапевту студенческой поликлиники. Психотерапевт подтвердил предположительный диагноз и назначил транквилизаторы со стимулирующим действием. В течение трех месяцев больной безуспешно лечился у психотерапевта, после чего с подозрением на эндогенное заболевание был направлен на консультацию на кафедру психиатрии одного из московских медвузов.

Пришел на консультацию грустный, глаза печальные, мимика и пантомимика безрадостные, временами на глазах слезы, в фигуре и движениях унылая обреченность и покорность судьбе. Считает себя тяжело больным до такой степени, что может умереть, он «весь болен». При перечислении пораженных внутренних и внешних органов «здоровым» оказался только нос. В первое посещение в жалобах больного было много общих фраз, недосказанности, неконкретности, было очевидно, что истинные причины своего недомогания больной или скрывает, или не осознает. Уже во время второго посещения больного прямо спросили, не является ли причиной его плохого самочувствия истечение Дхат. Он мгновенно расплакался, долго не мог успокоиться. Однако после этого стал совершенно доступным, ничего не скрывал. Сообщил, что воспитывался в Индии в пуританских условиях, где разговоры о сексе были под строгим запретом, половая жизнь допускалась лишь в супружестве да и то только для рождения детей, даже подростковая мастурбация категорически запрещалась. В качестве вреда последней отец больного всегда ссылался на положение народной медицины о Дхат. В результате многочисленных запретов и табу больной по характеру был робким, застенчивым, неуверенным в себе, стеснительным, особенно с представительницами противоположного пола. После окончания средней школы приехал в Москву учиться. Хорошо адаптировался и к новому климату,

и к необычной для него пище. Однако ему всегда не хватало родительского руководства, терялся, когда надо было самостоятельно принимать конкретные решения, особенно в быту. Через полтора года влюбился в студентку из Индии, относящуюся к более высокой касте, чем больной. Разумом он прекрасно понимал, что родители его избранницы никогда не дадут согласия на этот брак. Тем не менее постоянно думал о том, как бы обойти этот запрет, хотя никаких действенных мер не предпринимал, так как всегда жил больше мечтами и фантазиями, чем реалиями. С этого времени каждую ночь видел во сне эту девушку в качестве своей новобрачной в период медового месяца. Именно поэтому у больного еженочно отмечалась поллюция. По утрам просыпался разбитым с чувством вины, так как понимал, что теряет Дхат. Вспомнил все, что было сказано отцом о необходимости бережливого расходования «мужского эликсира», а также о мрачных последствиях потери последнего. Вскоре действительно стал чувствовать нарастающую слабость, трудности концентрации внимания, погрустнел, потерял всякий интерес к изучаемым предметам, заниматься и не хотелось, и не мог, перестал испытывать «внутреннее ликование» при виде своей избранницы. Но к вечеру состояние больного несколько улучшалось, и он снова начинал бурно фантазировать о брачном периоде со своей возлюбленной. Утром же после очередной ночной поллюции снова наступал период раскаяния, самонедовольства, необходимости беречь Дхат для будущей семейной жизни. Вскоре снизился аппетит, появились неприятные ощущения в области желудка, запоры, тяжело переносимая постоянная тошнота, покалывания в области грудной клетки, онемение в пальцах ног, повышенная потливость. Решил, что чрезмерная потеря Дхат уже привела к болезни желудка и кишечника, самостоятельно принимал большие количества слабительных средств, посадил себя почти на голодную диету, стал слабеть физически, совершенно не мог заниматься, постоянно находил у себя все новые и новые заболевания. Именно тогда обеспокоенные его состоянием представители землячества привели его впервые к терапевту. Больной прекрасно понимал, что истинной причиной его плохого состояния здоровья является хроническая и длительная потеря Дхат, врачу, как впрочем и друзьям, ничего об этом не сказал, справедливо полагая, что это воспримут как предрассудки и его подвергнут осмеянию как «злостного мастурбанта». Кроме того, он полагал, что «истечение Дхат» могут лечить только индийские специалисты, хорошо знакомые с этим видом патологии. Безрезультатность первых месяцев лечения у терапевта и психотерапевта студенческой поликлиники подтвердила его предположения, он даже стал думать о прекращении учебы и возвращении на родину, «чтобы не умереть в Москве».

Лечение на кафедре заключалось в корректной каузальной разъяснительной психотерапии, касающейся теории сперматогенеза, необходимости периодического выбрасывания из организма сперматозоидов с целью непрерывного воспроизведения последних. С больным были тщательно отработаны все мифологические аспекты Дхат. Одновременно с этим для снятия депрессивного и ипохондрического компонентов этого культурального синдрома больному были назначены небольшие дозы антидепрессанта азафена

и мягкого нейролептика тералена. Больной лечился амбулаторно (один визит в неделю). Уже через четыре недели состояние больного значительно улучшилось: он перестал чувствовать себя обреченным, осознал, что количество Дхат ограничено только пожилым возрастом. Через две недели лекарства были отменены и лечение свелось лишь к «беседам». В результате у больного значительно улучшилось настроение, вернулся аппетит и прежняя энергичность, нормализовалась деятельность желудочно-кишечного тракта, исчезли неприятные ощущения и покалывания в грудной клетке, а также онемение пальцев ног, стал по-прежнему хорошо и с удовольствием учиться. Во время последнего психотерапевтического сеанса больной признался, что, являясь принципиальным противником лекарств химического происхождения, за все время лечения он не принял ни одной таблетки (имеются в виду транквилизаторы, выписанные ему терапевтом и психотерапевтом поликлиники, и азафен с тераленом, которые он получил на кафедре). Следовательно, улучшение состояния наступило исключительно в результате психотерапевтических разъяснительных сеансов. Больной сообщил также, что болезнь помогла ему «вылечиться от любви»: занятый полностью состоянием своего здоровья, он охладел к своей бывшей возлюбленной.

В диагностическом плане следует думать о развитии у больного невротической ипохондрической депрессии, расцвеченной культуральными особенностями в виде синдрома Дхат. Следует отметить, что развитие этого синдрома являлось заместительным компонентом принципиально неразрешимого для больного конфликта — невозможности жениться на девушке из более высокой касты. Именно поэтому формирование этого синдрома в данном конкретном случае является типичным уходом в болезнь по принципу «условной желательности» как тривиальный и примитивный патологический вариант психологической защиты.

Нозологическая принадлежность этого синдрома неоднозначна — он встречается при невротической депрессии, неврозе тревоги, ипохондрическом симптомокомплексе и психогенной импотенции [72]. По данным тех же авторов, в индийской популяции за маской разнообразных сексуальных расстройств часто скрывается нераспознанный Дхат-синдром. По результатам эпидемиологического обследования репрезентативной группы мужчин в г. Лахор так называемый синдром Дхат по существу является симптомом депрессии [89]. Следует особо подчеркнуть, что до сих пор не описан этот вид патологии при психотических состояниях.

По Международной классификации болезней последнего пересмотра (МКБ-10) синдром Дхат, отсутствовавший в МКБ-9, относится к разделу F 48.8 (Другие уточненные невротические расстройства).

Малое количество обследованных совсем не свидетельствует о том, что эта патология не типична для нашей страны. Не говоря уже о маргинальных прослойках различных культуральных сообществ и межнациональных браках, все увеличивающее количество студентов из стран Юго-Восточной Азии диктует необходимость тщательного изучения особенностей культуральной психиатрии этого региона.

Можно допустить, что больных с Дхат-синдромом на самом деле значительно больше, ибо нередко эта патология из-за незнания ее отечественными психиатрами трактуется или расценивается как проявления климатической или алиментарной дезадаптации выходцев из стран тропической зоны.

Нечто похожее на этот синдром встречается и в отечественной популяции психически больных, особенно при дефектных состояниях, когда больные нередко объясняют свое плохое самочувствие интенсивной и длительной мастурбацией, вследствие чего они якобы и «потеряли жизненную энергию».

Синдром Мюнхгаузена

Описанное в 1951 г. английским исследователем R.Asher [65] патологическое состояние, названное в честь небезызвестного барона Мюнхгаузена, до сих пор является предметом пристального внимания психиатров, хирургов и терапевтов в первую очередь из-за сложности, неоднозначности и разнообразия хирургического, терапевтического и других «островспомощных масок страдания» пациентов с этим видом комплексной патологии. Наименование этого состояния объясняется тем, что больные долгие годы, а иногда и всю свою взрослую жизнь «путешествуют по больницам» в поисках чаще всего хирургического вмешательства в области «локализации боли», а излагаемые ими истории заболевания изобилуют чертами исключительной драматичности и неправдоподобия и нередко напоминают фантастические, а порой и нелепые бредни героя известного писателя и геолога Э.Распе («Приключения барона Мюнхгаузена, знаменитого вруна и фантазера») [73]. Нередко в качестве синонимов этого состояния используют такие термины, как «синдром завсегдатая больниц», «синдром госпитальной блохи», «кочующий больной», «больничное привыкание», «полихирургическое привыкание», «синдром профессионального больного».

Подобные пациенты поступают в отделения скорой или неотложной помощи с драматическими жалобами на острую абдоминальную боль, «катастрофические кровотечения», «значительные» кровопотери, «выключение сознания на длительное время», описывают они и другие необыкновенные, но «угрожающие» жизни состояния. Попытки стационирования обычно осуществляются поздно вечером или ночью, когда, по мнению этих пациентов, в приемном покое дежурят часто молодые, неопытные врачи. Больные категорически настаивают на немедленном хирургическом вмешательстве, внешне гипертрофированно аггравируя свое состояние. При внешнем осмотре на коже тела этих пациентов обычно имеются следы неоднократных хирургических вмешательств в области «локализации боли». При отказе врачей от немедленной операции и необходимости обследования и наблюдения больные, до этого «корчившиеся от боли», мгновенно покидают стационар вопреки советам медиков, чтобы в ту же ночь поступить с «острым

состоянием» в другую больницу. По мнению Г. И. Каплана и Б.Дж.Сэдока [15], потребность постоянно госпитализироваться в различные клиники хирургического направления нередко является единственной целью жизни таких больных.

Выделяются три клинические разновидности этого синдрома [65]. *Острый абдоминальный тип (лапоротомофилия),* проявляет внешние признаки так называемого острого живота и следы неоднократных предыдущих лапоротомий. Именно у таких больных живот испещрен многочисленными постоперационными рубцами. Для хирургов это, кстати говоря, может служить признаком наличия синдрома Мюнхгаузена. Подобное проявление указанного нарушения является наиболее частым и диагностически более простым, так как при внешнем драматическом проявлении этого «заболевания» даже элементарные анализы крови указывают на отсутствие какой-либо острой абдоминальной патологии.

В эту же группу с известной долей условности можно отнести больных с функциональной гастралгией, патологией, внешне напоминающей клинику язвенной болезни и даже прободную язву желудка.

Геморрагический тип (истерическое кровотечение) характеризуется периодически возникающими естественными, а чаще всего искусственно созданными кровотечениями из различных частей тела, при этом больные для большей драматизации нередко прибегают к использованию крови животных и многочисленным, но умелым, как бы естественным порезам. Эти состояния по механизмам развития напоминают так называемые «викарные кровотечения» фанатичных католиков, у которых периодически появляется кровь на ладонях рук и ступнях ног, куда были вбиты гвозди при распятии Иисуса на Голгофе.

Неврологический тип включает в себя острые преходящие неврологические симптомы: припадки, параличи, обмороки, сильную головную боль, отсутствие чувствительности, необычную шаткость походки. Именно больные этого типа «по показаниям» в некоторых странах подвергаются краниотомии или префронтальной лейкотомии.

Позже к этой классификации были добавлены еще несколько разновидностей синдрома Мюнхгаузена.

Кожный тип отличается нанесением самоповреждения кожи вплоть до появления «незаживающихся язв».

Кардиальный тип имитирует стенокардию, пароксизмальную желудочковую фибриляцию или инфаркт миокарда. Подобного рода патология часто встречается в популяции психически больных, особенно пограничного круга и в практике врачей скорой помощи под видом псевдоинфарктов истерического генеза.

Легочный тип представляет собой псевдотуберкулез легких и другие патологические состояния грудной клетки. Такие больные часто группируются в легочных отделениях и туберкулезных санаториях.

Глотательный тип характерен для больных, проглатывающих различные инородние предметы (гвозди, ложки, вилки, медицинские инструменты и т.д.), и, соответственно, подвергающихся так желательной для них хирургической

операции по удалению последних. Практически в любом хирургическом отделении больниц имеется свой музей извлеченных из желудка и кишечника предметов. Образно говоря, этот вариант синдрома Мюнхгаузена является «инструментальной» и более простой для диагностики разновидностью абдоминального варианта Ашера.

Смешанный, или *полисимптоматический, тип* включает в себя разные симптомы вышеописанных вариантов синдрома Мюнхгаузена. Катамнестические обследования показывают, что почти у всех больных «проявляются» те симптомы заболевания, которые соответствуют профилю или специализации больницы. Пациенты как бы мимикрируют под конкретную ситуацию, конкретную больницу.

Необычный тип синдрома встречается редко, он включает в себя исключительно казуистические случаи. Например, больная на последних сроках беременности вызывала досрочные родовые схватки путем протыкания околоплодного пузыря длинной шляпной заколкой. Или больной с «острой порфирией» длительное время подворовывал мочу для соответствующего анализа у реального пациента с порфирией.

В последние годы описана разновидность синдрома Мюнхгаузен под названием *синдром Альбатроса.* Эта патология наблюдается у психопатических личностей, страдающих пристрастием к приему некоторых лекарственных средств, и заключается в преследовании ранее лечившего или оперировавшего их врача, вымогании у него анальгетиков, наркотиков, иногда и требовании повторной операции. Для подобных больных характерны жалобы на непрекращающуюся слабость, болевые ощущения, частую рвоту. Синдром назван по имени персонажа «Сказания о Старом Мореходе» С.Т.Кольриджа, английского поэта-романтика XIX в. Альбатрос — спутник моряков, был убит Старым Мореходом, что повлекло за собой страшную кару.

Больных всех разновидностей синдрома Мюнхгаузена объединяет образ и стиль поведения, мотивы которого могут быть самыми разнообразными — тут и желание быть в центре внимания, и недовольство врачами и медицинскими учреждениями, и желание получить «обезболивающее» лекарство (наркотики) и кров на ночь, и попытки скрыться от полиции [49].

Несмотря на разные типы синдрома Мюнхгаузена, для всех больных характерна выраженная ипохондричность, тенденция к бродяжничеству, патологическая лживость (псевдология фантастика). Им свойственна также склонность к одиночеству, эмоциональная лабильность, невозможность установления прочных эмоциональных связей с окружающими; они интересуются только специальной медицинской литературой, поражая лечащих врачей доскональным знанием клиники того или иного симулируемого заболевания. При этом в заболевании «женщины более истеричны, а мужчины более агрессивны» в сравнении с нормой [78]. Со своей эмоциональной схваченностью болезнью, вкупе с известными познаниями в области медицины, они в стационаре нередко индуцируют других больных, что значительно утяжеляет лечебный процесс и создает дополнительные трудности для медицинского персонала больниц.

При психологическом исследовании больных синдромом Мюнхгаузена проективными методиками выявляется универсальная, единая для всех пациентов констелляция — ограниченная, эгоцентричная, эмоционально-незрелая, слабоинтегрированная личность с выраженной амбивалентностью и мазохизмом. Для них значительно значимее и важнее сам процесс лечения и нахождение в больнице, чем его результат. При этом врачи воспринимаются ими как «аудитория для фокусника». Они снисходительны к интернистам и тщательно избегают контактов с психиатрами, откровенно не доверяя последним. Больные, как уже указывалось, предпочитают обращаться в больницы поздно вечером или ночью, а также в праздники, когда, по их мнению, в приемных покоях дежурят молодые неопытные врачи, которым легче навязать свою версию заболевания. По этой же причине они никогда не посещают поликлиник и участковых терапевтов. Стараются также не попадать дважды в одну и ту же больницу. Для них весьма характерны бутафорские суицидальные попытки, никогда не заканчивающиеся летально и не приносящие больным абсолютно никакого вреда. Среди больных с синдромом Мюнхгаузена очень много случаев наркоманической зависимости и людей с криминальным прошлым. Они легко перемещаются из тюрьмы в больницу и наоборот, воспринимая это как должное. Именно поэтому во многих больницах их имена знают наизусть и они занесены в специальный «лист мошенников». Пик этого заболевания приходится на возраст от 15 до 30 лет. Мужчины заболевают значительно чаще. Эта патология часто встречается у медицинских и парамедицинских работников, которым в силу своей профессии легче симулировать то или иное заболевание.

Характерно, что все больные воспитывались в неполных семьях, у них не было либо одного, либо обоих родителей, либо родители совершенно не заботились о них. По мнению психоаналитиков, синдром Мюнхгаузена — это хронификация детского конфликта, проявление потребности в любви и ласке, не полученных в свое время от родителей. Именно поэтому больной идентифицирует родителей с врачами и медицинским персоналом и негативно относится к последним.

Нозологически эта патология описывается при личностных расстройствах и при наркоманиях [см.: 49]. Есть также описание синдрома Мюнхгаузена при шизофрении [см.: 77] и как особая форма симуляции [см.: 49].

На синдромальном уровне этот вид психической патологии можно расценить как вариант истерической ипохондрии.

Однако нельзя исключить и того факта, что гипердиагностика этого синдрома может прикрывать незнание или неумение адекватно распознать истинное соматическое заболевание. В частности, D. Enoch, W. H. Trethowan [77] приводят случай смерти от «острого живота», когда больному с типичным синдромом Мюнхгаузена было отказано в очередном хирургическом вмешательстве.

Многие исследователи считают, что специфическими предрасполагающими факторами этого синдрома являются истинные физические заболевания, перенесенные в детстве, в результате которых

больной долго лечился и уже имел негативный опыт общения с медицинскими работниками.

Таким образом, учитывая клиническое разнообразие синдрома Мюнхгаузена, для адекватной диагностики этого состояние рекомендуется придерживаться следующих клинических признаков [85]:

1. Богатая история «путешествия» в поисках все новых больниц с целью госпитализации.

2. Короткие сроки пребывания в больницах, обусловленные уходом из отделения вопреки советам врачей даже после оперативного вмешательства.

3. Необычно-фантастическая история болезни, обилие в речи больных медицинских терминов, отсутствие реального эмоционального реагирования в беседе о заболевании.

4. Вариабельность симптоматики заболевания в зависимости от ситуации.

5. Патологическая лживость *(pseudologiafantastica)*.

6. Обилие постоперационных рубцов на коже живота.

7. Наличие правонарушений в анамнезе.

В последние годы в детской психиатрической практике все чаще стали описывать так называемый «синдром Мюнхгаузена по доверенности» (грубое обращение с детьми) (Munchausen syndrome by proxy) [64, 80, 92, 96]. Смысл этого патологического состояния заключается в том, что родители (или один из родителей) начинают квалифицированно и нередко весьма изощренно манипулировать состоянием здоровья своего малолетнего ребенка, еще даже не умеющего говорить, а следовательно, и предъявить врачу те или иные жалобы. С жалобами обычно выступает родитель, который и наносит ребенку различные повреждения внутренних органов. Именно у таких детей часто находят инородные предметы в желудке, легких, толстой кишке. После нанесение ребенку того или иного повреждения родители начинают «драматическую борьбу за здоровье ребенка» с педиатрами, убеждая последних в необходимости проведения срочных оперативных вмешательств. Этот вариант синдрома Мюнхгаузена исчезает как только ребенок начинает говорить и предъявлять реальные, а не вымышленные родителями жалобы. Нередко он заканчивается летальным исходом, при этом родители погибшего мгновенно начинают длительную тяжбу против врачей, якобы угробивших младенца.

В МКБ-10 синдром Мюнхгаузена отнесен в рубрику F 68.1 (Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера — поддельные нарушения).

Приведем собственное клиническое наблюдение.

Больная А.З., 36 лет, не замужем, преподаватель французского языка. Находилась в хирургическом отделении больницы по поводу «старого спаечного процесса», развившегося после удаления аппендикса четыре года назад. Больная настаивала на иссечении спаек, так как спаечный процесс приносил ей «невыносимые страдания». Однако хирургов смутило большое количество послеоперационных рубцов в области живота (ранее, по словам больной, ей неоднократно иссекали спайки). Пациентка считает, что по каким-

то причинам спаечный процесс принял злокачественное течение, единственный путь прервать это течение — нож хирурга. Болевые ощущения от спаек носили странный характер, они совершенно не зависели от физических нагрузок, а также от позы больной, но всегда провоцировались эмоциональным состоянием пациентки. Наличие большого количества постоперационных рубцов на коже живота и, главное, четкая взаимосвязь болевого синдрома со стрессовыми моментами, а также отсутствие четкой клинической картины реального спаечного процесса заставили хирургов обратиться за помощью к психиатру. В частной беседе лечащий врач высказал предположение о том, что больная симулирует заболевание.

В разговоре с психиатром больная пыталась сама директивно навязать линию беседы, ловко уклонялась от конкретных вопросов, пересказывала истории болезни соседей по палате, акцентируя особое внимание на «врачебных ошибках и промахах». Выявляла при этом знание хирургических терминов, а также сносную информацию не только о своем заболевании, но и о страданиях других пациентов.

В процессе беседы с пациенткой удалось восстановить картину ее заболевания в динамике. «Приступ аппендицита» случился у больной четыре года назад во время отдыха на юге после кратковременного, но бурного курортного романа, на который больная возлагала большие надежды, но который окончился для нее полным крахом. После разрыва с любимым человеком поздно вечером больная почувствовала сильную боль в правой подвздошной области. Прибывший по вызову врач заподозрил воспаление аппендикса, больная была госпитализирована в хирургическое отделение и дежурантом (молодым начинающим хирургом) в ту же ночь прооперирована. Как объяснили больной позже, у нее был «ложный аппендицит», т.е. на самом деле воспаления придатка не было, но, поскольку брюшина уже была вскрыта, аппендикс удалили. Заживление прошло удачно. В последующем в течение года никаких послеоперационных осложнений не было. Однако через год после очередной неудачной попытки выйти замуж больная ночью вновь стала испытывать боли в правой подвздошной области. «Скорой помощью» была доставлена в больницу и с диагнозом «спаечный процесс» была прооперирована.

В последующем больная еще три раза была оперирована с этим же диагнозом, «обострение» всегда наступало после какого-либо важного «жизненного криза» (как правило, связанного с неудачной попыткой завести семью), поздно вечером или глубокой ночью, боли при этом всегда носили «невыносимый характер», сопровождались драматизмом и определенной театральностью (так называемая истерическая паника).

Больная сама отмечала определенную причинно-следственную связь между стрессами и обострением «спаечного процесса», объясняя это своей повышенной эмоциональностью.

Больной были назначены нейролептики в небольших дозах, через три дня после начала приема нейролептков болевые ощущения стали затухать и клиника «спаечного процесса» постепенно редуцировалась.

Данный случай является наиболее типичным вариантом синдрома Мюнхгаузена, связанным с симптоматикой так называемого «острого живота». Он манифестировал у личности истерического склада после выраженного стресса с инфантильным (соматизированным) разрешением внутриличностного конфликта по типу пассивной психологической защиты.

12. ПСИХОСОМАТОЗЫ

Психосоматическими принято считать расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и т.д.). В Международной классификации болезней последнего пересмотра (МКБ-10) психосоматические синдромы описываются в разделе «Соматоформные расстройства».

Процесс урбанизации и индустриализации современного общества с его информационной напряженностью и повышенной стрессогенностью, а также различные стихийные бедствия и социальные коллизии приводят к значительному увеличению среди населения пограничных психических расстройств, в число которых входят и разнообразные психосоматические синдромы различных органов и систем человеческого организма. Число различных психосоматических заболеваний человека достигает в настоящее время 50% и имеет отчетливую тенденцию к увеличению во всех возрастных группах [94].

Единой, признанной всеми психиатрическими школами, классификации психосоматических расстройств не существует. Для практических целей чаще всего используют систему соотнесения психосоматических расстройств с основными органами и системами человеческого организма. Эти расстройства описывают в рамках сердечно-сосудистой, пищеварительной, кожной, урогенитальной, половой систем.

Разнообразность клинических проявлений психосоматических заболеваний (психосоматозов), нередко протекающих в виде нозологически неоформленных психофизиологических реакций, делает проблему изучения этой очень распространенной патологии весьма актуальной. И хотя на гипотетическом уровне происхождение этого вида патологии психологически понятно, механизмы формирования психосоматозов не совсем ясны. Упрощенческое толкование психосоматических расстройств с позиций как кортико-висцеральной теории, так и различных вариантов фрейдизма по-прежнему в той или иной степени диктует превалирование либо соматического, либо психологического подхода в интерпретации и лечении психосоматических страданий. Психосоматические по происхождению, но соматические по своим проявлениям эти заболевания занимают большое место среди других патологических расстройств в сети поликлинического обслуживания.

Понятие о психосоматических циклах

В определенной степени эти проблемы может решить гипотеза о формировании и последующем саморазвитии психосоматических циклов в рамках психофизиологических синдромов (заболеваний). Данные о психосоматических циклах получены на примере изучения таких

разнообразных психосоматических расстройств, как функциональные и органические заболевания желудочно-кишечного тракта, артериальная гипертония, некоторые формы нервной анорексии, инсулинонезависимый сахарный диабет.

Во всех случаях эти заболевания начинались психогенно: у 1/3 пациентов остро, по типу удара судьбы, у остальных в результате длительной психотравмирующей ситуации. При этом сила стрессового воздействия (по DSM-111-R) соответствовала в первом случае 5-му и 6-му коду, т.е. стресс был выраженным или чрезмерным (как правило, это смерть близкого человека, известие о неизлечимой болезни ребенка, распад семьи, полученное на работе тяжелое физическое увечье с перспективой выраженной инвалидности и т. д.). При хронической психотравмирующей ситуации стресс кодировался под номером 4, т.е. был средней выраженности. Полученные результаты подтверждались и данными так называемого теста жизненных событий, по которому показатель стрессогенных событий в течение предшествовавшего года достигал у обследованных больных 300 условных единиц, что весьма типично именно для больных психосоматического профиля.

Характерно, что зоной конфликтов у женщин были нарушения внутрисемейных отношений. Это подтверждалось не только высоким индексом нестабильности брака, в среднем составляющим 65—70% (при норме до 20%), но и тестом незаконченных предложений, где психотравмирующая ситуация наиболее отчетливо проявлялась именно в семье. Индекс же нестабильности брака у мужчин был довольно незначительным и составлял в среднем 15%. Последнее свидетельствовало о том, что психотравмирующая ситуация у мужчин чаще всего (хотя далеко не всегда) находилась вне семейных отношений. Конфликтогенной зоной у них чаще являлись производственные отношения (принципиально неразрешимые конфликты с руководителем или сотрудниками по работе, переживания по поводу якобы несоответствия должности своим возможностям при явно завышенной самооценке, непринятие работы, разочарование в специальности и невозможность ее изменения и т.д.).

Таким образом, основой конфликта у всех больных было острое или хроническое неудовлетворение значимых потребностей в сфере повышения социального или семейного статуса, что способствовало выработке соответствующего пассивно-оборонительного стиля поведения в условиях фрустрации. Результатом психотравмирующей ситуации у всех больных являлось развитие невротической депрессии. Выраженность ее была различной, в депрессивной триаде ведущим был дистимический компонент (без определенного суточного ритма), в то время как идеаторный и особенно двигательный были выражены значительно слабее (так называемая дисгармоничная депрессивная триада по О. П. Вертоградовой [4]). Формирование у обследованных больных невротической депрессии можно было с известной долей условности считать началом будущего психосоматического заболевания, так как уже с самого ее появления имелась тенденция к соматизации аффекта. Именно в этом заключалась одна из особенностей эмоционального реагирования при любом психосоматозе.

Анамнестические сведения показывают, что при этом виде патологии уже в первые годы жизни у будущих больных можно было обнаружить симптоматику желудочно-кишечного варианта детской невропатии. Другой особенностью психосоматической депрессии являлась отчетливая склонность к реактивации симптоматики детской невропатии в условиях фрустрации.

При относительно длительном сохранении депрессии или при значительной напряженности депрессивного аффекта .обычно значительно интенсифицировался процесс соматизации, в результате чего появлялись более или менее устойчивые психосоматические реакции. Следует особо подчеркнуть, что эти реакции всегда появлялись на фоне дополнительной психогении, игравшей своеобразную роль «последней капли», и выражались в зависимости от типа патологии в виде единичных рвот, дисфагий, гастралгий, гипертензии, кратковременного повышения сахара в крови и т.д. По мере соматизации аффекта выраженность депрессии несколько снижалась, что способствовало переключению внимания больных с депрессии на «соматическое Я». Длительное воздействие стресса, проявляющееся в депрессии, и начинающийся процесс соматизации аффекта приводили со временем к удлинению продолжительности и учащению психосоматических реакций, которые по существу становились привычной формой реагирования на стресс. В клинической картине заболевания начинала доминировать «соматическая» патология, которая не только маскировала истинную причину страдания, но и становилась своеобразной психологической защитой личности, вытесняющей эмоционально значимую психотравмирующую ситуацию. При этом сама соматическая патология становилась источником еще одной психотравмирующей ситуации, что значительно ухудшало психическое состояние, т. е. усиливало тревогу и депрессию. Ухудшение психического состояния, в свою очередь, приводило к ухудшению соматического статуса.

Вследствие этого у больных формировался отчетливый психогенно-соматогенный (М. В. Коркина) или психосоматический (В. В. Марилов) цикл, в котором психогенное и соматогенное поочередно выступали то в форме причины, то в виде следствия.

Появление психосоматических циклов свидетельствовало о снижении так называемого психосоматического иммунитета, значительно снижался порог реагирования на стресс и его толерантность, в результате формировалась высокая готовность к психосоматическому реагированию. Именно поэтому патогенными становились стрессоры из числа обычных, ранее индифферентных. Формировалась так называемая «послестрессовая психосоматическая беззащитность» [37], когда личность начинает реагировать исключительно психосоматическими реакциями на патогенное воздействие окружающей среды.

Появившийся вследствие функционирования психосоматических циклов первичный психосоматоз поражал в первую очередь наиболее уязвимую в биологическом отношении систему у конкретного человека (например, пищеварительную). В рамках этой системы патологический процесс претерпевал определенную динамику, имея конечной целью органическое

поражение этой системы. Однако из-за разной степени «прогредиентности» психосоматического процесса, во многом обусловленной личностными и микросоциальными факторами и темпом соматизации аффекта, этот процесс мог остановиться на функциональной стадии (реализуясь в функциональные психосоматозы в виде неврозов органов) или же быстро приводил к органическим поражениям определенной системы. В том или ином случае поначалу формировался «линейный» моносистемный вариант психосоматического цикла, в котором происходило количественное усиление патологии в рамках одной пораженной системы. Например, вследствие психотравмирующей ситуации у больной возникала функциональная дисфагия, длительное сохранение которой приводило к усилению тревожно-обсессивного радикала личности, что, в свою очередь, не только «закрепляло» дисфагию, но и способствовало появлению рвот, гастралгии или синдрома раздраженной толстой кишки.

В целом оформление устойчивого «линейного» моносистемного психосоматоза свидетельствовало о тотальном психосоматическом поражении той или иной системы. С формированием моносистемного психосоматоза психопатологическая картина заболевания значительно усложнялась: тревога и депрессия усугублялись выраженной ипохондричностью, появлением фобических реакций (главным образом, канцерофобий). Возникновение первичного психосоматоза способствовало, как уже указывалось, усилению навязчивых страхов, тревоги, депрессии, панических состояний.

На фоне такого эмоционального напряжения у больных могли отмечаться и другие психосоматические симптомы различных систем и органов. У больных с уже сформированными психосомато-зами желудочно-кишечного тракта чаще всего это была сердечно-сосудистая система, а также поражения кожной и сексуальной сферы. Другими словами, появлялись вторичные по отношению к первично пораженной системе дисфункции органов и систем (гипертоническая болезнь, кожный зуд, тахикардия, синдром гипервентиляции, снижение либидо и импотенция и т.д.). Возникновение вторичного психосоматоза свидетельствовало о расширении спектра психосоматического реагирования и формировании полисистемных психосоматических циклов.

Таким образом, ведущим механизмом развития (и саморазвития) психосоматического заболевания становилось формирование (через этап психосоматических реакций) моно- и полисистемных психосоматических циклов, ответственных за образование первичных и вторичных психосоматозов в рамках единого психосоматического континуума. На фоне невротической депрессии вначале формировался первичный психосоматоз, в котором происходило количественное увеличение психосоматической патологии в рамках единой пораженной системы. В дальнейшем по мере трансформации моносистемного психосоматического цикла в полисистемный (за счет феномена «послестрессовой психосоматической беззащитности») появлялся вторичный психосоматоз, включавший в себя психосоматическую патологию других органов и систем человека.

Поскольку механизм формирования психосоматических синдромов

идентичен при поражении разных систем организма, рассмотрим их возникновение и развитие на примере заболеваний желудочно-кишечного тракта

В последнее время отмечается резкое возрастание психосоматических синдромов именно со стороны желудочно-кишечного тракта, который настолько интимно связан с эмоциями, что получил название «звучащего органа эмоций». Большинство современных исследователей выделяют психосоматические реакции и психосоматические заболевания. Первые по существу еще не являются точно очерченной патологией и встречаются в здоровой популяции как единичные изолированные реакции организма на те или иные стрессовые моменты. Примером этих реакций служит учащение мочеиспускания и диарея у студентов перед трудными экзаменами. В то же время при определенных условиях (особенно на фоне депрессии) эти единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического синдрома.

В последнее время стали выделять функциональные и органические психосоматические заболевания (психосоматозы). Первые ранее определялись как неврозы органов, при которых отсутствовала какая-либо органическая патология. Ко вторым относятся классические психосоматозы с отчетливым звучанием в клинической картине органического поражения той или иной системы (язвенная и гипертоническая болезнь, неспецифический язвенный колит и т.д.).

Психосоматозы, являясь по существу психогенными расстройствами, составляют наряду с неврозами и психопатиями самый большой удельный вес среди патологии, традиционно относимой к малой или пограничной (внебольничной) психиатрии.

Страдающие этой патологией пациенты никогда не обращаются к психиатрам и длительное время (иногда годами) безуспешно лечатся у интернистов, психологов, специалистов по нетрадиционной медицине.

Как известно, психосоматические заболевания возникают под действием острого или хронического стресса, биологическая адаптация к которому у человека сильно запаздывает. При этом стресс далеко не всегда может быть осознаваемым. Решающее значение приобретает «внутренне скрытое накопление» афферентных импульсов — бесчисленные следы интеллектуальных, аффективных и сенсорных раздражении, общий эмоциональный фон которых не всегда осознанно воспринимается человеком.

Однако при одинаковой силе и выраженности стресса у одних возникают психосоматозы, а у других — нет. Более того, вопрос, почему психическая травматизация у одних людей вызывает появления заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда), у других — желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, синдром раздраженной толстой кишки и пр.), а у третьих — дыхательного аппарата (бронхиальная астма и др.), требует, хотя и не находит пока, своего разрешения. Возможно, в этом процессе играют роль определенные наследственные факторы, включая наличие некоей врожденной слабости тех или иных органов, через которые и

реализуется будущий психосоматоз. Конституционная предрасположенность может проявляться в критический период (например, в период полового созревания) по генетическим или рефлекторным механизмам. При стрессе, как известно, при общем усилении защитных сил организма происходит и реактивация подавленных и вытесненных эмоций и конфликтов в виде вегетативно оформленных образований, являющихся начальным этапом психосоматоза.

Хотя статистически достоверных кросскультуральных исследований психосоматозов до сих пор нет, многие исследователи убеждены в том, что эти заболевания широко распространены во всех странах мира. В то же время в некоторых африканских племенах, изолированных от западной цивилизации, этих заболеваний, по-видимому, нет. А экономически развитые страны с каждым годом все более превращаются в «психосоматически ориентированное общество» [94].

Отмечена большая подверженность психосоматическим заболеваниям женщин. Это объясняется, возможно, тем, что у них и в норме, по сравнению с мужчинами, выявляются более высокие показатели по шкалам тревоги, соматизации тревоги, фобий и депрессии, достигающие своего максимума на третьем, четвертом и пятом десятке жизни. Эти данные были получены при эпидемиологическом обследовании жителей одного из английских городов.

Таким образом, частота психосоматических заболеваний зависит от многих факторов, они чаще отмечаются в возрастном отрезке между пубертатным периодом и зрелым возрастом, поражают чаще женщин, преимущественно регистрируются в городах.

В качестве примера формирования и динамики психосоматического синдрома рассмотрим так называемые *функциональные психосоматозы (синдромы) желудочно-кишечного тракта.*

Функциональные психосоматозы

Функциональная дисфагия

Функциональная дисфагия занимает важное место среди диспепсий неязвенного генеза. Чаще эта патология отмечается у молодых людей и людей среднего возраста обоего пола, но с некоторым преобладанием женщин.

Будучи моносимптомом, особенно на начальных этапах заболевания, функциональная дисфагия является примером значительных дифференциально-диагностических трудностей в первую очередь потому, что требует исключения большого числа соматических заболеваний, в структуре которых могут отмечаться трудности глотания (язвенная болезнь и рак желудка, новообразования пищевода и др.). Необходимость в исключении органической природы страдания диктует особенности терапевтической тактики в отношении этих больных.

Из соответствующей литературы отчетливо следует, что наиболее уязвимый возраст для развития функциональной дисфагии приходится на период от 20 до 40 лет. После 40 лет эта патология у мужчин вообще не встречается, а у женщин отмечается в 11 % случаев.

Характерно, что среди ближайших родственников больных функциональной дисфагией отмечается целый букет психосоматических заболеваний не только пищеварительной, но и сердечно-сосудистой, а также кожной системы.

Особенность всех больных функциональной дисфагией — в наличии у них невропатии уже с первых дней жизни. Последняя выражалась главным образом в желудочно-кишечном ее варианте: у больных был снижен или полностью отсутствовал сосательный рефлекс, отсутствовал аппетит, отмечались частые срыгивания, тошноты, рвоты, диарея. Характерными были и другие проявления невропатии — общая нервозность, возбудимость, плохой сон, повышенная капризность, гневливость.

Кормление такого ребенка превращалось в практически неразрешимую проблему, родители использовали для достижения цели все доступные им меры (от разыгрывания спектаклей за каждую съеденную ложку пищи до наказания и насильственного кормления). Последнее всегда сопровождалось руганью, физическими наказаниями, пищу буквально впихивали в ребенка. Поэтому с первых лет и в последующем ребенок начинает ассоциировать пищу с явлениями психического дискомфорта, физического наказания, т.е. пища ассоциируется только с отрицательными эмоциями.

Подобное насильственное кормление вызывает сопротивление ребенка и приводит к вторичной невротической фиксации первичного функционального расстройства. Со временем психические факторы вообще начинают приобретать все большее и большее значение.

В дошкольном периоде дети отличаются от сверстников худобой, непереносимостью транспорта, повышенной болезненностью. Обычные детские инфекции протекают у них всегда в тяжелой форме, часто отмечаются хронические простудные заболевания (пневмонии, бронхиты, тонзиллиты, трахеиты, нередко с астмоидным компонентом).

Несомненно, невропатия и цепочки простудных и детских инфекционных заболеваний взаимосвязаны. Ведь известно, что патогенная роль невропатии заключается в болезненном изменении реактивности организма, ослаблении его защитных сил и адаптивных возможностей. В результате воздействие любого стресса (в том числе и физиогенного, температурного) становится более патогенным и, главное, ***соматотропным*** [12]. Пусковую роль невропатии в ряде психических и психосоматических заболеваний отмечали многие отечественные детские психиатры (Т. П. Симеон, Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев).

Указанные выше соматические заболевания приводили к появлению различных ограничений в жизни ребенка (всевозможные диеты, освобождение от уроков физкультуры, снижение двигательной активности, минимальное проведение времени на свежем воздухе и др.) и гиперопеке со стороны родителей. Кроме того, отмечалась мощная фиксация внимания родителей на

питании ребенка с требованием ведения дневников съеденной за день пищи и ежедневных отчетов. Все это предопределяло невротическую предрасположенность будущих пациентов, пронизанность всей их жизни темой питания.

Заболевание всегда начиналось остро на фоне выраженной психотравмирующей ситуации. В момент попытки разрешения конфликта у всех больных происходил заброс пищи в верхние дыхательные пути. Поперхнувшись, больные около одной минуты не могли вдохнуть или выдохнуть, в результате у них появлялся панический страх смерти от удушья (в тот момент достаточно адекватный), беспорядочные хаотические движения. Уже почти теряя сознание от удушья, больные наконец начинали дышать. Этот первый ларингоспазм во всех случаях символизировал непринятие или отрицание психотравмирующей ситуации.

Характерно, что до дисфагии все больные находились в хронической стрессовой ситуации, изменить которую они не могли. При этом зона конфликтов у женщин чаще всего локализовалась в семье, у мужчин — в сфере производственных отношений. Большинство женщин состояли в браке, они были неудовлетворены отношениями с членами семьи (чаще всего с мужьями, реже с родителями мужа). Нестабильность брака предопределялась негативным отношением к мужу и невозможностью расстаться с ним из-за нежелания лишать детей отца.

Важно подчеркнуть, что не материальные соображения, а психологическое неприятие мужа и сексуальная неудовлетворенность определяли достаточно высокий индекс нестабильности брака — у замужних он варьировал от 30 до 100%, составляя в среднем 51,2%, что значительно превышает нормативные показатели. Кроме показателя индекса нестабильности брака о конфликтной ситуации в семье свидетельствует и тест «Незаконченные предложения», в котором больные должны были закончить фразу первой пришедшей в голову мыслью (элемент психической проективности). Сошлемся лишь на несколько примеров, приведенных женщинами: «Супружеская жизнь кажется мне... адом. Я могла бы быть очень счастливой, если бы... меня понимал муж. Моей самой большой ошибкой было... замужество. Если бы у меня была нормальная половая жизнь... я бы не болела. Моя половая жизнь... меня совершенно не устраивает». Таким образом, семейные отношения в широком смысле являются для этих больных дезадаптивными.

Что же касается мужчин, страдающих функциональной дисфагией, то для них, как уже указывалось, значимыми были не семейные, а служебные конфликты (несоответствие занимаемой должности, отсутствие продвижения по службе при большой потребности в этом, разногласия с начальством или сотрудниками). Поэтому и индекс нестабильности брака у них не превышал 20%, что соответствует норме. В тесте «Незаконченные предложения» у пациентов-мужчин доминировала тема конфликта с начальством, сослуживцами, подчиненными. «Люди, с которыми я работаю... сплошь и рядом дебилы. Если бы я занимал руководящий пост... то навел бы, наконец,

порядок на нашем предприятии. Думаю, что достаточно способен, чтобы... руководить нашим заводом. Мои подчиненные... даром едят хлеб. Когда ко мне приближается мой начальник... мне хочется сказать ему все, что я о нем думаю. Люди, которые работают со мной... неучи».

Как правило, конфликтные отношения на работе принципиально неразрешимы. Длительное пребывание в психотравмирующей ситуации приводило к появлению у всех больных депрессии, длительность которой до появления дисфагии варьировала от трех месяцев до одного года. При этом в клинической картине заболевания на первый план выступало стойкое угнетенное настроение, сопровождавшееся нарушением сна, феноменом раннего пробуждения, стойким снижением аппетита, общей безрадостностью. В то же время двигательный и идеаторный компоненты депрессивной триады были маловыражены. В переживаниях больных постоянно доминировала тема психотравмирующей ситуации, с которой больные и связывали появление депрессии. Настоящее расценивалось больными как безысходное, в мрачных красках воспринималось будущее. Тоска сопровождалась тревогой, небредовыми идеями самообвинения. В то же время больные отчетливо осознавали «виновников» своего состояния, но были не способны каким-то образом изменить психотравмирующую ситуацию.

Наличие прямой связи депрессии с психотравмирующей ситуацией и отчетливое звучание тематики этой ситуации в высказываниях больных позволяли квалифицировать эту депрессию (по критериям К.Ясперса [60]) как реактивную. Формирование реактивной депрессии можно считать первым этапом развивающегося психосоматического расстройства.

На фоне депрессии и возник первый приступ дисфагии, обусловленный попаданием пищи или слюны в верхние дыхательные пути и развившимся приступом удушья. После этого появился страх глотания твердой пищи из-за страха задохнуться, который сопровождался выраженной тревогой, следовательно, депрессия все больше и больше становилась тревожной. У больных появлялся постоянный страх повторения приступа удушья. Во время еды они тщательно и очень долго пережевывали пищу, запивали жидкостью каждый даже очень маленький кусочек твердой, хотя и тщательно пережеванной пищи. Или же они старались принимать только жидкую пищу.

Дисфагия, обусловленная страхом удушья и страхом смерти, сама по себе довольно быстро усложнялась другими психопатологическими проявлениями фобического характера — страхом кашля (кашель может спровоцировать удушье), страхом простуды (по той же причине), больные старались избегать волнений, конфликтов, любых неприятностей. Вследствие этого они постепенно начинали ограничивать социальные контакты, большую часть времени проводили дома. Тем не менее, несмотря на множество предосторожностей, на любую даже мало значимую неприятную ситуацию больные отвечали спазмом пищевода и последующей дисфагией. При этом спазм пищевода сопровождался появлением «неприятных ощущений в горле», «сухостью», «шершавостью», «наличием как бы стенки в пищеводе».

Поначалу, как уже указывалось, страх глотания (фагофобия) касался

только твердой пищи, в дальнейшем у ряда больных — и жидкой.

Корреляционный анализ показал, что начало заболевания положительно коррелировало с уровнем личностной тревожности (коэффициент корреляции — R = 0,43), невротизмом (R = 0,29), обсессивными чертами личности (R = 0,28), депрессией (R == 0,35) и индексом нестабильности брака (R = 0,32). Следовательно, корреляционный анализ свидетельствует о том, что перед началом дисфагии будущие пациенты находились в конфликтной ситуации, на которую реагировали депрессией.

Важное значение в формировании функциональной дисфагии имели и преморбидные особенности личности. Несомненно, что говорить о преморбидной личности по данным психологического обследования, проведенного уже в процессе заболевания, можно лишь весьма и весьма условно. Хотя с такой же долей условности можно принимать и клинические описания преморбида больных, уже в какой-то степени измененных как самой болезнью, так и ее внутренней картиной.

С этими оговорками личность больных функциональной дисфагией характеризуется высокой тревожностью (облигатная черта личности). Личностные особенности больных (по сравнению с нормативными показателями) представлены в табл. 2.

Таблица 2

Личностные особенности больных дисфагией

Тест	Черты личности	Больные	Здоровые	P
Айзенка	Экстраверсия	9,5±0,4	10,0±0,6	>0,05
	Невротизм	20,5±0,3	8,8±0,6	<0,001
M.H.Q.	Анксиозность	11,9±0,3	3,7±0,4	<0,001
	Склонность к фобиям	8,6±0,4	4,0±0,6	<0,001
	Склонность к обсессиям	10,7±0,4	5,2±0,4	<0,001
	Соматизация аффекта	10,0±0,5	2,8±0,6	<0,001
	Склонность к депрессии	8,0±0,4	2,7±0,5	<0,001
	Истерические черты	6,4±0,4	7,9±0,2	<0,05
Тейлор	Тревожность	32,4±0,7	до 13	<0,001
H.D.H.Q.	Враждебность	24,0±0,7	13,1±0,4	<0,001
	Интрапунитивность	17,7±0,7	8,6±0,2	<0,001
	Экстрапунитивность	13,0±0,5	8,2±0,3	<0,001

Из таблицы видно, что одной из ведущих личностных особенностей больных функциональной дисфагией является повышенная тревожность как по шкале Тейлор, так и по тесту M.H.Q. (Middlesex Hospital Qestionnaire).

По данным Л.Е.Панина и В.П.Соколова [50], тревожность — это не только симптом эмоциональной напряженности, но и проявление характерных черт личности. Тревожность, как известно, присуща любому индивиду, и в обычных условиях ее нельзя относить к патологическим проявлениям

эмоциональной сферы. При наличии же конфликтной, психогенной ситуации тревожность может выступать ведущим симптомом психоэмоционального напряжения. Высокие показатели тревожности описаны при многих психосоматических заболеваниях: гипертонической болезни, ИБС, инфаркте миокарда, бронхиальной астме, неспецифическом язвенном колите, язвенной болезни и др.

Тревожность в стрессовых ситуациях проявляется тревогой (анксиозностью). У больных выявлен высокий уровень анксиозности, примерно в2,5—3 раза превышающий норму. Анксиозность составляла у женщин 76% от максимально возможной, а у мужчин 63,3%.

Выявлена также отчетливая склонность этих больных к обсессивным реакциям и, в частности, к фобиям. У женщин она составляет, соответственно, 66,7 и 54%, а у мужчин 50 и 48,8 % от максимально возможной. Эти цифры, возможно, в какой-то степени объясняют значительное преобладание функциональной дисфагии среди женщин. Показатели депрессии у женщин и мужчин составляют 8,0 + 0,4 и 6,3 + 0,6, что с высокой степенью достоверности ($P < 0,001$) превышает норму. Показатели депрессии от максимально возможной у женщин составляют 50 %, у мужчин — 39 %.

Очень важное значение имеет такая личностная особенность, как склонность к соматизации аффекта. Собственно именно эта черта способствует переходу психологического через функциональное в соматическое. Показатели соматизации аффекта (10,0 + 0,5 у женщин и 8,6 + 1,3 у мужчин) в несколько раз превышают показатели нормы ($P < 0,001$) и составляют 62,5 и 54,8% от максимально возможных. Что же касается истерических черт, то их показатели в обеих группах были значительно ниже нормативных, что свидетельствует о неспособности больных к внешнему самовыражению и еще большему поэтому доминированию обсессивнофобических черт. Низкие показатели истерии у этих больных отрицательно коррелируют с высокими показателями алекситимии ($R = 0,45$). Известно, что алекситимия выражается в неумении больных вербализовать свои эмоциональные проблемы. Она является, по мнению некоторых исследователей [95], ядром личности психосоматического больного и наследуется как фактор предрасположения.

Возвращаясь к тревоге, следует отметить, что она состоит из трех составляющих: соматической, нервной и социальной. Как уже указывалось, показатель тревоги почти в 3 раза превышает норму ($P < 0,001$). Поэтому особый интерес представлял анализ ее составляющих. Оказалось, что у женщин, страдающих функциональной дисфагией, доминирует социальная тревога, составляющая 77 % от максимально возможной, далее следует нервная (65 %) и соматогенная тревога (50%). Эти данные во многом определяют постепенное нарастание у больных социальной изоляции. Подобная тенденция выявлена и у мужчин, однако показатель социальной тревоги у них был еще выше и составлял 85 % от максимально возможной. Показатели остальных составляющих (62 % — нервная тревога и 50% — соматическая) не отличались от соответствующих показателей у женщин.

В современной персонологии большое значение для формирования ряда

заболеваний, в том числе и психосоматических, придается общей враждебности личности, ее интра- и экстрапунитивности и вектору направленности враждебности.

Исследование больных функциональной дисфагией соответствующей методикой позволило выявить высокий уровень враждебности как у мужчин (25,6 + 3,2, норма 14,1 + 0,4, Р < 0,001), так и у женщин (24,0 + 0,7, норма 13,1 + 0,4, Р < 0,001). При этом все больные выявляли только интрапунитивный (т. е. самонаказывающий) тип реагирования на стресс с самообвинением и направленностью враждебности на себя. Показатель интрапунитивности в обеих группах в 2 раза превышал норму (18,2 + 1,4 у мужчин при норме 8,3 + 0,9, Р < 0,001; 17,7 + 0,6 у женщин при норме 8,6 + 0,2, Р < 0,001), а направленность враждебности на себя превышала нормативные показатели в 10 раз у женщин и в 27 раз у мужчин.

Считается, что именно интрапунитивность и направленность враждебности на себя вкупе с еоматизацией аффекта способствуют фиксации и хронификации психосоматического расстройства.

В клинической картине заболевания, как уже указывалось, первый приступ ларингоспазма с удушьем и последующей дисфагией возникал в стрессогенной ситуации на фоне депрессии. Согласно концепции И.Т.Курцина, депрессия может быть первым этапом собственно психосоматической патологии. Появление второго и последующих приступов возникало также в ситуации сильного стресса, но уже по механизмам тревожного (боязливого) ожидания неудачи по типу невроза ожидания.

Этот этап болезни с известной долей условности можно назвать этапом психосоматических реакций. Однако поначалу между приступами были достаточно большие светлые промежутки, в которых доминировала симптоматика депрессии. В последующем спазмы пищевода и дисфагии стали учащаться и удлиняться по времени и могли быть спровоцированы уже стрессором гораздо меньшего порядка, чем в начале болезни. Страх глотания, страх поперхнуться твердой пищей становились постоянными, а это значительно усиливало депрессию, все чаще переводя ее в разряд тревожной. Ухудшение же психического состояния, в свою очередь, еще больше усиливало дисфагию. Возникал психогенно-соматогенный [24] или, точнее, психосоматический цикл, в котором психогенный и соматогенный факторы по очереди выступали то в роли причины, то в виде следствия. Появление психосоматических циклов свидетельствовало о третьем этапе заболевания — этапе психосоматических циклов. Больные, несмотря на выраженный голод, вынуждены были ограничивать себя в еде, прибегали к особым жидкостным диетам, они значительно теряли в массе тела, что приводило к необходимости дифференцирования этой патологии с нервной анорексией.

Больные со страхом ожидали время приема пищи, заранее были уверены, что не смогут ничего проглотить, у них возникали навязчивые представления, в которых звучала тема смерти от удушья, истощения, тема собственных похорон. Другими словами, происходила генерализация фобических переживаний.

Чувство страха и фиксация на акте глотания по механизмам «порочного круга» (А. М. Свядощ) приводили к невозможности у ряда больных глотать даже жидкую пищу, а иногда и слюну. В то же время в состоянии полусна или частичного бодрствования некоторые из них могли принимать пищу относительно спокойно. Так, одна из наших больных, которая в течение всего дня не могла проглотить ни кусочка пищи, перед сном ставила на ночной столик самую разнообразную еду, которую и поглощала ночью в полусонном состоянии. При этом она сначала видела во сне, как ест приготовленное, а затем, полупроснувшись «от голода» часа в 3—4 ночи, лихорадочно все съедала. Таким образом, пищевые сновидения переходили в реальность, однако больная в это время не была в ясном сознании. Проснувшись полностью, она не могла понять, как можно было съесть столько «твердой» пищи.

Одновременно с фобическими в клинической картине так называемого первичного психосоматоза отмечались астенические симптомы (слабость, вялость, повышенная утомляемость, плохой сон, раздражительность и пр.). Эмоциональные нарушения, входившие составной частью в фобические переживания, заключались также в виде дистимии, иногда дисфории. Следует особо подчеркнуть, что депрессивные переживания были всегда связаны с психотравмирующей ситуацией и с появившимся психосоматозом (невозможностью глотать пищу).

Нарастающая слабость заставляла больных пытаться «насильно затолкнуть в себя пищу», однако результатом этого было появление тошноты и трудно переносимой рвоты. Более того, в результате насильственного самокормления и появления рвот больные стали испытывать различные неприятные ощущение в пищеводе, напоминающие сенестопатии, вероятно, физиологически обусловленные.

На этом этапе заболевания на любую неприятную ситуацию (вследствие, очевидно, снижения психосоматического иммунитета и толерантности к стрессу) больные уже отвечали не однотипными реакциями дисфагии, а часто и другими функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота и т.д.).

Другими словами, сформировавшийся первичный психосоматоз носил монотематический характер и поражал только одну систему — пищеварительную. Генерализованный ответ желудочно-кишечного тракта на стресс свидетельствовал о новом качестве патологического процесса. В то же время, вследствие снижения толерантности к стрессу, у больных начинали появляться функциональные расстройства других систем и органов. Чаще всего появлялись приступы повышения артериального давления, тахикардия, псориаз, нейродермит и другие вторичные по отношению к желудочно-кишечному тракту психосоматические реакции (т.е. вторичный психосоматоз). Последнее свидетельствовало о формировании следующего этапа психосоматического процесса — полисистемных психосоматических циклов, что значительно утяжеляло состояние больных. При этом расширялась и тематика ипохондрической фиксации, которая включала в себя патологическую переработку всех имеющихся расстройств, в том числе и вегетативных. В это

время жизнь больного превращается в «марафон по врачебным кабинетам и специалистам» [22].

Корреляционный анализ на этом этапе свидетельствовал о том, что длительность заболевания положительно коррелировала с уровнем тревоги, обсессивно-фобическими переживаниями, депрессией, невротизмом и уровнем враждебности. Эти результаты в известной мере перекликаются с данными MMPI. Характерно, что кривые MMPI как у мужчин, так и у женщин были практически идентичными — отмечался пик по второй шкале (75 Т у мужчин и 73 Т у женщин), по первой (69 Т и 72 Т соответственно) и седьмой (68 Т и 66 Т), что свидетельствует о депрессии, тревоге, напряженности, ипохондрической фиксации, обсессивно-фобическом синдроме, трудностях взаимоотношений с окружающими, связанных с домашним конфликтом, чувством собственной неполноценности и склонности к самобичеваниям.

Сниженная самооценка выявлялась и по тесту самооценки. Больные должны были оценить состояние своего «здоровья», а также «счастья», «ума» и «характера» до болезни и в настоящее время. Оценка проводилась на 10-сантиметровой линии, при этом каждый сантиметр оценивался в 10%. Оказалось, что в процессе заболевания показания оценочных шкал значительно снизились (за исключением понятия «ум»). Остальные показатели снизились соответственно на 50,5 и 40% ($P < 0,05$).

Снижения показателей «здоровье» и «счастье» были особенно тесно связаны между собой («какое же счастье без здоровья»). Кроме того, все больные отмечали у себя значительное ухудшение характера («стал нервным, вспыхиваю по пустякам, ни с кем не уживаюсь, даже с родителями, стал конфликтным и занудным, и это портит мне жизнь»). В то же время показатель «ум» практически не изменился («несмотря ни на что, не поглупел и даже окончил институт»).

Изменение характера больных выявлялось и клинически. Ранее стеснительные, нерешительные, тревожно-мнительные, ранимые больные в процессе заболевания начинали обнаруживать черты выраженной стеничности, чрезвычайной настойчивости, избирательно направленные на поиски все новых и новых медикаментозных средств, консультаций и инструментальных исследований. Эта так называемая «поисковая активность» разряжала «напряженную систему личности», что само по себе приводило к некоторой, хотя и кратковременной, дезактуализации симптоматики функциональной дисфагии, больные даже начинали лучше есть. Однако серия неуспехов после очередных консультаций или обследований (т.е. тогда, когда не находили органической причины заболевания) сопровождалась снижением напряженности «поисковой активности» или длительной ее блокировки, что и приводило к очередному обострению заболевания.

Следует отметить, что на этом этапе заболевания при сохранении патологии и отсутствии видимой помощи со стороны врачей у больных начинает формироваться канцерофобическая идея, которая и определяла их поведение и отношения с медицинским персоналом. Больные убеждены, что врачи не могут поставить точный диагноз или же скрывают, вероятно,

имеющееся онкологическое заболевание. Именно из-за этого они начинают конфликтовать с врачами, пишут на них жалобы, обвиняют в низкой квалификации или умышленном сокрытии истинного диагноза. При этом квалифицированный врач может убедить таких больных в отсутствии у них рака пищевода, т. е. больные подвергаются известной коррекции.

Формирующийся в дальнейшем у этих больных ипохондрический эгоцентризм способствовал еще большему уходу в болезнь и свидетельствовал о качественном изменении личности. При сохранении тревожности и дистимического фона настроения появлялись ранее нехарактерные для больных истерические, эксплозивные и паранойяльные реакции, которые могли приводить к дезадаптации ряда пациентов. Другими словами, если ранее для этих больных был характерен пассивно-оборонительный стиль жизни и интрапунитивный тип реагирования, то в процессе заболевания у них все чаще появлялся экстрапунитивныи тип реагирования в условиях созданной ими же конфликтной ситуации с направленностью враждебности вовне.

Следовательно, уже на этапе психосоматических циклов начинает формироваться психопатизация личности. Последняя выражается в чрезмерной аффективной напряженности, эмоциональной реактивности, распространяющейся на все внешние раздражители и определяющей поведение больного, его взаимоотношения с окружающей средой. Эта чрезмерная аффективная напряженность обычно способствует конфликтам, нарушает адаптацию, лишает личность ранее выработанных адекватных форм поведения [33].

Психопатоподобные расстройства становятся особенно заметными уже на третьем году болезни, где они практически доминируют в клинической картине страдания. Особенностью этого этапа является наличие критичности к своим характерологическим сдвигам, что отчетливо проявляется при психологическом обследовании (в частности, при проведении шкалы самооценки и незаконченных предложений). Свои характерологические изменения больные объясняют наличием «тяжелого», по их мнению, заболевания, которое «практически не поддается лечению».. Ощущение тяжести заболевания четко прослеживается в тесте «Незаконченные предложения», где тема болезни звучит особенно пронзительно («Знаю, что глупо, но боюсь... умереть от рака. Сделала бы все, чтобы забыть... про свою болезнь. Надеюсь на... только на Бога. Моей самой главной ошибкой в жизни было... заболеть. Моим скрытым желанием в жизни является... выздоровление. Больше всего я хотела бы в жизни... поправиться»). По своей значимости и по объему тема здоровья занимает второе место в этой методике, после темы конфликтов в семье и на работе.

Таким образом, с известной долей условности в динамике функциональной дисфагии можно было выделить четыре этапа: невротической депрессии; психосоматических реакций; психосоматических циклов (моно- и полисистемных); психопатизации.

Анализируя эту патологию в динамике, можно думать о формировании аномального развития личности. Известно, что патологическое развитие — это

изменение зрелой личности в направлении заострения отдельных ее свойств и приобретения новых, в том числе патологических, особенно под влиянием неблагоприятных воздействий среды [60].

При первом приближении описанная здесь динамика формирования аномального развития личности сходна с динамикой невротического развития [32], особенно если этапы психосоматических реакций и психосоматических циклов объединить в этап соматических жалоб при невротическом развитии. Однако при невротическом развитии болезнь всегда начинается с невротической депрессии, в рамках которой может быть, а может и не быть этап соматических жалоб. При этом один этап четко сменяет другой, депрессия часто мало выражена, но усиливается после этапа соматических жалоб и в дальнейшем сменяется характерологическими нарушениями. В дальнейшем при невротическом развитии личности уменьшается представленность вегетативных и сенсомоторных (т.е. соматических) нарушений и нарастает представленность аффективных и идеаторных расстройств, со временем принимающих характер патохарактерологических расстройств [31, 32, 34].

Соматические симптомы при данном развитии всегда появляются на фоне длительно текущей депрессии, которая, однако, продолжает существовать и даже усложняется на фоне соматических расстройств. Кроме того, соматическое (психосоматическое) определяет всю картину заболевания, со временем усложняясь психопатизацией. Иначе говоря, если при невротическом развитии этап соматических жалоб (если он есть) — это только этап, причем относительно кратковременный, а иногда и совсем не выявляемый, то у наших больных — стержневой, постоянно существующий синдром, который по принципу саморазвития усложняется другими соматическими симптомами. Депрессия, психосоматические реакции и циклы и психопатизация — суть единый патологический процесс, в котором происходит постоянно нарастающая соматизация неотреагированных или задержанных эмоций [32]. И даже на последнем этапе заболевания присутствуют вместе симптомы всех предыдущих этапов. В подобном случае можно говорить о психосоматическом развитии личности, весьма близком невротическому.

При функциональной дисфагии было выделено три варианта психосоматического развития личности: ипохондрический, фобический и паранойяльный. ***Ипохондрический*** вариант — больные значительно преувеличивают тяжесть своего состояния. Часто уверены, что дисфагия является симптомом онкологического заболевания желудка или пищевода, читают соответствующую медицинскую литературу, где находят подтверждение своим подозрениям. Именно эти больные много раз подвергались многочисленным медицинским обследованиям, вплоть до компьютерной томографии, тем не менее они не верили врачам, хотя и страстно ждали опровержения своим подозрениям. Любое очередное обострение дисфагии вызывало у них панику и бросало в очередной круг обследований.

Приведем клиническое наблюдение.

Больная Л., 25 лет. Считает себя нездоровой с 17-летнего возраста. Наследственность: отец страдал хроническим алкоголизмом еще до рождения

дочери, неоднократно лечился в психиатрических больницах по поводу тяжелого похмельного синдрома; мать нервная, раздражительная, боится мужа, поэтому все зло срывает на дочери.

Беременность матери больной протекала с тяжелым токсикозом во второй половине, роды длительные, сухие. Девочка родилась в легкой асфиксии. С первых дней плохо ела, был снижен сосательный рефлекс, часто срыгивала. Вес набирала очень медленно и по этому показателю всегда отставала от сверстников. До семи лет страдала полным отсутствием аппетита. Часто и много болела, особенно простудными заболеваниями. Этому способствовало еще и то, что отец в пьяном виде открывал окна даже зимой. В школе с семи лет, училась посредственно. По характеру была стеснительной, робкой, тревожной, мнительной, суеверной, верила во все приметы, сны, сглаз. До сих пор помнит, как дед сказал ей в возрасте пяти лет: «Не смейся за столом — подавишься». Окончила 10 классов и педагогическое училище. В семье из-за пьянства отца была постоянная конфликтная ситуация, очень боялась отца, его возможных побоев, долго переживала его оскорбления. Уже в X классе «была грустной», так как понимала, что жизнь с родителями для нее невозможна. Часто подолгу плакала, закрывшись в ванной комнате, думала уехать в другой город на стройку, но не могла принять окончательного решения. С трудом сдала экзамены за X класс, так как было «трудно сосредоточиться и переключиться с домашних дел».

В возрасте 17 лет после экзаменов на дне рождения одноклассницы поперхнулась куском мяса. Не могла дышать «целую вечность», хотя прошло не более одной минуты, после этого дыхание было затрудненным или хриплым. Врач вызванной «Скорой помощи» извлек кусок мяса из гортани. В общей сложности с трудом дышала около 1 ч. Появился страх повторения подобного приступа. Через две недели на фоне неприятностей подавилась куском хлеба. С трудом «отдышалась» сама. После этого страх удушья не покидал. Стала анализировать акт глотания и от этого часто не могла проглотить кусок пищи, начала ограничивать себя в еде, так как не могла проглотить твердую пищу. И хотя всегда была худой и хотела поправиться, на фоне дисфагии похудела еще на 5 кг. Вследствие истощения отмечалась выраженная гипотония. Трудности глотания стали постоянными и возникали от любой, даже самой незначительной неприятности. Постоянно обращалась к врачам, однако никакой органической патологии выявлено не было. Стала читать медицинскую литературу и вскоре поняла, что если человек не может глотать и худеет, то следует подозревать наличие онкологического заболевания. Решила, что у нее рак желудка. Многократно обращалась к онкологам, прошла несколько гастроскопических и рентгеноскопических обследований. Несмотря на негативные результаты обследований, врачам не верила, так как по-прежнему могла глотать только жидкую пищу. В перерывах между обследованиями без экзаменов поступила в педагогическое училище. В училище было легче, так как отвлекалась от своих мрачных мыслей. Наконец после очередного обследования у онколога была направлена в санаторное отделение психиатрической больницы, где больную лечили феназепамом.

Эффекта от лечения не было, была по-прежнему уверена, что лечиться ей надо в онкологическом центре. Продолжала принимать только жидкую пищу. После окончания училища (училась два года) вышла замуж «за первого встречного», чтобы только уйти от родителей. Мужа не любила, конфликтовала со свекровью. Через год родила (кесарево сечение). Беременность переносила очень плохо, почти ничего не ела, периодически после конфликтов со свекровью отмечались рвоты. В течение всей беременности была угроза выкидыша, поэтому постоянно принимала но-шпу и магнезию.

После родов совсем не могла есть, хотя аппетит был, и насильно заставляла себя принимать большое количество жидкой пищи. В это время стала раздражительной, конфликтной. Конфликтовала уже не только со свекровью, но и с мужем, его родственниками, соседями по лестничной площадке. Настроение было стойко подавленным, вновь актуализировались мысли о раке, появился страх приема даже жидкой пищи. На фоне этого страха у больной стали появляться тошноты и рвоты, что еще больше укрепляло ее в том, что у нее рак. Периодически повышалось артериальное давление.

В таком состоянии по совету знакомых обратилась на кафедру психиатрии Университета дружбы народов. Лечилась амбулаторно. В психическом статусе доминировали стойкая депрессия, навязчивые страхи (приема пищи, удушья, смерти), дисфагия, сенестопатические ощущения в пищеводе.

При психологическом обследовании было выявлено следующее. Индекс нестабильности брака 56%, тревога 12 усл.ед. (норма 3,7 + 0,4, P < 0,001), фобии 9 (норма 3,4 + 0,6, P < 0,001), навязчивости 10 (норма 5,1 + 0,7, P < 0,001), соматизация аффекта 7 (норма 2,8 + 0,6, P < 0,001), депрессия 8 (норма 2,7 + 0,5, P < 0,001). Личностная тревожность по Тейлор составляла 34 ед. при норме до 13. Экстраверсия — 3 (норма 9, P < 0,001), невротизм составлял 24 ед. при норме 10 (P < 0,001). Общая враждебность составляла 18 ед., интрапунитивность 18, экстрапунитивность 7. Направленность враждебности на себя. При самооценке здоровье до болезни оценивала в 80%, в настоящее время только 10% (P < 0,001). Счастье снизилось с 70 до 15 %, характер также изменился к худшему (с 80 до 20 %). Последнее объяснила тем, что стала очень раздражительной и конфликтной, что раньше ей вообще было не присуще. На MMPI отмечен пик по первой, второй и седьмой шкалам, что свидетельствует о наличии тревожной депрессии, обсессивно-фобическом синдроме и выраженной ипохондричности.

Больная получала френолон до 30 мг в сутки, амитриптилин 25 мг на ночь, азафен по 25 мг утром и днем, ноотропил по одной капсуле (0,4) утром и днем, патогенетическую психотерапию (с постепенным разрешением или во всяком случае обсуждением имеющихся у нее конфликтов и проблем). Состояние улучшилось уже спустя четыре недели: стала спокойнее, перестала говорить о раке (хотя мысли об этом сохранялись), значительно улучшилось питание, уменьшился страх глотания, «научилась» есть твердую пищу, поправилась на 4 кг. Ест, хотя и с опаской, любую пищу. Каждую субботу приходит на кафедру на поддерживающую психотерапию.

Таким образом, у женщины с наследственной отягощенностью, легкой травмой в родах, невропатией и тревожно-мнительным типом личности в условиях длительной психотравмирующей ситуации развилась вялая депрессия примерно с 14— 15 лет. На фоне этой депрессии в 17 лет больная поперхнулась куском мяса, возник ларингоспазм. Больная не дышала около минуты. Вскоре (учитывая ее личностные особенности) у женщины возник страх повторения подобного приступа, который и повторился по механизмам невроза ожидания спустя две недели, а в дальнейшем стал привычной формой реагирования на стресс. Страх удушья привел к функциональной дисфагии. Больная не могла глотать твердую пищу, из-за этого ограничивала себя в еде. В дальнейшем на стрессовые ситуации она отвечала уже не только дисфагией, но и рвотой, тошнотой. Другими словами, у больной достаточно быстро сформировался моносистемный психосоматический цикл, а спустя некоторое время — и полисистемный (кроме поражения желудочно-кишечного тракта стали появляться приступы повышения артериального давления). Значительное похудание и страх глотания привели ее к мысли о наличии у нее рака желудка или пищевода. С этого времени посвятила свою жизнь хождениям по врачам, многократно обследовалась у онкологов, но врачам не верила и требовала все новых и новых консультаций и обследований. В процессе заболевания стала меняться по характеру — из стеснительной, робкой, нерешительной со временем превратилась в конфликтную, раздражительную особу, властно требовавшую нужных ей обследований и консультаций. Стала писать на врачей жалобы, так как последние не могли «правильно диагностировать и лечить». Нарастающая психопатизация завершала этап формирования ипохондрического варианта психосоматического развития личности.

Фобический вариант психосоматического развития личности — в клинической картине заболевания доминируют мощные фобические переживания, к которым больные относятся критически. Основная тематика фобий — страх глотания и канцерофобия. Больные также активно посещают врачей, но не столь стенично, как больные первой группы.

При возобновлении у них фобических переживаний имеющаяся критика удерживала от посещения онкологов или отоларингологов, они начинали самостоятельно лечиться травами, бессистемно принимали успокаивающие средства, охотнее шли на лечение к психотерапевтам (особенно на пике своих переживаний). При появлении вторичного психосоматоза быстро переключались на него. При этом фобическая симптоматика несколько дезактуализировалась. Для этого варианта характерно появление фобий, не связанных с пищевой тематикой (страх высоты, одиночества и т.д.).

Больная Р., 1946 г. р. Лечилась в клинике неврозов с диагнозом функциональная дисфагия с 12 января по 3 марта 1981 г. Наследственность: брат в состоянии алкогольной депрессии покончил жизнь самоубийством, отец производит впечатление психопатической личности, мать по характеру вспыльчивая, энергичная, в семье и на работе выраженный лидер. Во время войны мать больной находилась четыре года в трудовом лагере в Австрии. К моменту освобождения была крайне истощена, кахектична. После

освобождения практически сразу же вышла замуж за офицера Советской Армии и забеременела нашей больной. Беременность протекала тяжело, часто отмечались повышения артериального давления, появлялись отеки, часто лежала на сохранении. Роды трудные, длительные, сухие. Девочка родилась слабой, с весом 2,4 кг, со сниженным сосательным рефлексом, плохо ела, могла не есть целый день. При кормлении у нее нередко возникали рвоты. С первых лет жизни часто болела простудными и инфекционными заболеваниями и всегда в тяжелой форме. В детстве всегда боялась «тяжелого и властного» отца, который требовал от нее беспрекословного подчинения и послушания. По характеру была стеснительной, мнительной, тревожной, все принимала близко к сердцу. Всегда контролировала свои эмоции, не позволяла себе расслабления. Сторонилась компаний, предпочитая книги и одиночество. В школе с семи лет, училась хорошо. После школы работала техническим редактором. В 20-летнем возрасте вышла замуж за человека, которого не любила. Однако это была единственная возможность уйти из-под опеки отца. Очень быстро поняла, что совершила ошибку, муж часто пил и сутками где-то пропадал. По этому поводу в семье были частые скандалы. На втором году замужества забеременела. Беременность протекала с легким токсикозом, однако на этом фоне конфликты с мужем привели к появлению невротических рвот. Рвота, как правило, возникала во время приема пищи, при этом рвотные массы всегда попадали на мужа.

Практически любая трапеза с мужем приводила к рвоте. Со временем рвота зафиксировалась и появлялась уже в отсутствие мужа при виде пищи или ее запаха. Почти ничего не могла есть, рвало даже от воды. Хотела сделать аборт, но из-за большого срока врачи ей это запретили. За шесть месяцев похудела на 15 кг. После родов с мужем разошлась и состояние постепенно улучшилось, рвоты самопроизвольно прекратились, хорошо и достаточно ела, прибавила в весе. Однако общая нервозность и некоторая подавленность настроения оставались. Спустя три года познакомилась с нынешним мужем, замуж вышла вновь без любви. Через год родила дочь. Спустя год после простуды девочка перенесла грипп в тяжелой форме с астматоидным компонентом.

Больная переживала по этому поводу, нервничала, видела, как дочь задыхается от удушья, в отчаянии металась по квартире, звала на помощь. Стала еще более раздражительной и нервной, постоянно конфликтовала с мужем, который, будучи журналистом, большую часть времени проводил в командировках и не помогал ей в ведении домашнего хозяйства. Из-за нервного напряжения у больной был выкидыш. В 1978 и 1979 гг. были очередные роды, дети здоровы. Все эти годы плохо спала, плохо ела, не было аппетита. В 1979 г. единственный брат больной, к которому она была очень привязана, покончил жизнь самоубийством (до этого он несколько лет страдал депрессией). Узнала о самоубийстве брата во время приема пищи — поперхнулась вареньем, некоторое время не могла дышать, тут же возникла мысль, что сейчас умрет от удушья. В это же время «зрительно» вспомнила, как задыхалась от удушья ее дочь. С трудом отдышалась.

С этого времени появился страх подавиться пищей. И действительно не смогла глотать твердую пищу, «горло как будто перекрывало». А жидкая пища проходила довольно свободно. Еще больше ухудшилось настроение. На этом фоне интенсифицировался страх приема пищи, страх смерти от удушья. Почти ничего не ела, похудела на 13 кг. При любой размолвке с мужем у больной усиливались фобии, совсем переставала есть. Понимала, что ее состояние обусловлено «нервами», тем не менее несколько раз тщательно обследовалась у онкологов и отоларингологов. Последние посоветовали ей обратиться к психиатру. К этому времени уже изменилась по характеру — стала конфликтной, раздражительной, эгоистичной, по любому пустяку «устраивала мужу истерики», так как не могла сдержать в себе переполнявшее ее раздражение, гневливость и ненависть. В это же время кроме трудностей глотания стала испытывать навязчивые страхи, не связанные с пищей (страх высоты, страх полового акта — коитофобия, одиночества, болезни детей). На этом фоне стал появляться кожный зуд, повышение артериального давления, «насморк на нервной почве». Постоянно пила настойку валерианы, иначе могла дать реакции раздражения с криком, руганью и бранью даже просто при виде мужа. В таком состоянии больная была осмотрена психиатром по месту жительства и направлена на кафедру психотерапии ЦИУ, где ей в лечении отказали и посоветовали обратиться на кафедру психиатрии Университета дружбы народов. Больная была стационирована по путевке кафедры в больницу им. Соловьева.

Соматическое состояние при поступлении: рост 160 см, масса тела 45 кг. Кожа смуглая, холодная, подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Изо рта — запах ацетона. Тоны сердца ясные. АД 140/90 мм рт. ст. В легких без патологии. Болезненность по ходу толстого кишечника, длительные и стойкие запоры. Менструальная функция не нарушена. Психическое состояние: настроение стойко снижено, «устала от болезней». Отмечает, что любой пустяк выводит ее из себя, окружающее ее раздражает. Очевидную причину своего состояния видит в том, что не может глотать пищу. Уже понимает, что никакой органической причины для этого нет. Сама отмечает, что последние годы находилась в постоянном «взвинченном» состоянии. Кроме трудностей глотания, ее беспокоит страх смерти от удушья, страх высоты, одиночества, коитофобия. На полных людей смотрит с завистью, хотела бы поправиться на 10—15 кг. Испытывает откровенную неприязнь к мужу, который заставил ее рожать три раза, а сам занимается только своей работой и не обращает внимания ни на жену, ни на детей.

С первых дней пребывания в клинике больная питалась только один раз в день под действием амиталкофеинового растормаживания. Лечилась инъекциями, так как таблетки принимать не могла совсем — не могла их проглотить (амитриптилин в/м утром и на ночь, неулептил по 4 капли 2 раза в день, седуксен по 2,0 в/м днем). В дальнейшем при подключении патогенетической психотерапии стала есть самостоятельно (судорожно ухватившись за руку врача), затем полностью самостоятельно. Нуждалась в ежедневной многочасовой беседе с лечащим врачом, во время которых

обсуждались все проблемы больной, находились выходы из всех создаваемых ею конфликтных ситуаций, моделировалось ее поведение на будущее.

После таких бесед больная успокаивалась, у нее улучшалось настроение. Однако любой микроконфликт в отделении приводил в отчаяние, при этом у нее интенсифицировались все фобические переживания, включая страх глотания. К концу лечения относительно спокойна, без прежней враждебности встречает мужа, постоянно беспокоится о детях.

Лабораторные исследования — гастроскопия и рентгенологическое обследование какой-либо органической патологии в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке не выявили. Консультация отоларинголога — патологии нет. Консультация невропатолога — функциональное расстройство нервной системы с фобическим синдромом. Консультация терапевта — гипертоническая болезнь 1Б степени. Психологическое обследование: тревога 13 ед. (норма 3,7+0,4, $P<0,001$), фобии 11 (норма 4,0+0,6, $P<0,001$), навязчивости 13 (5,1+0,7, $P<0,001$), соматизация аффекта 10 (норма 2,8+0,7, $P<0,001$), депрессия 7 (норма 2,7+0,5, $P<0,001$), истерия 2 (норма 7,9+0,5, $P<0,001$). Тревожность личности по Тейлор составляла 36 ед., что почти в 3 раза превышало показатели нормы. Экстраверсия была снижена до 6 ед. (норма 9, $P<0,05$), показатель невротизма в 2 раза превышал показатель нормы и составлял 24 ед. Общая враждебность составляла 25 ед. (норма 13,1+0,9, $P<0,001$), интрапунитивность составляла 18 ед. (норма 8,6, $P<0,001$), экстрапунитивность 15 ед. (норма 8,2, $P<0,001$). У больной преобладал интрапунитивный тип реагирования на стресс с направленностью враждебности на себя. Методика MMPI позволила выявить пик по первой (70 Т) и седьмой (80 Т) шкалам, что свидетельствует о наличии тревожно-фобического синдрома и беспокойства о состоянии своего физического здоровья.

При использовании методики самооценки больная оценивала состояние своего здоровья до болезни в 70, после болезни — в 20%. Соответствующие показатели по «счастью» составили 90 и 30%, по характеру — 50 и 20%. Самооценка «ума» осталась без изменений.

Индекс нестабильности брака составил 60%. Наличие конфликтных отношений с мужем особенно отчетливо проявлялось в тесте незаконченных предложений. Мужа «терпеть не может», но разводиться не может из-за наличия четырех детей и отсутствия средств к существованию. К концу пребывания в клинике больная научилась есть твердую пищу, у нее полностью редуцировались прежние фобические переживания, улучшилось настроение. После сеансов семейной психотерапии стала терпимее относиться к мужу, который, в свою очередь, стал к ней относиться значительно теплее. Однако сохранялись характерологические изменения в виде повышенной конфликтности и раздражительности.

Таким образом, больная с определенной психопатологической наследственностью (психопатия отца и депрессия брата), детской невропатией длительное время находилась в психотравмирующей ситуации и последние годы до дисфагии — в состоянии вялой депрессии. Характерно, что первые

психосоматические реакции у нее выражались в виде неврогенных рвот, откровенно связанных с отвращением к мужу. В дальнейшем также на фоне психотравмирующей ситуации (конфликт со вторым мужем и самоубийство брата) у больной возник ларингоспазм, за которым последовали страх удушья от возможности попадания пищи в верхние дыхательные пути и вызванная этим страхом функциональная дисфагия. В силу особенностей личности функциональная дисфагия быстро зафиксировалась и стала привычной формой реагирования на любые неприятности. Вскоре после этого у больной появились кожный зуд, «нервный насморк», повышение артериального давления. Другими словами, происходило довольно быстрое формирование полисистемного психосоматического цикла. С течением времени появились и патохарактерологические изменения. Тем не менее ведущим в клинической картине заболевания оставался фобический синдром, который оценивался больной достаточно критично, как критично относилась она и к появившимся изменениям характера. В отличие от предыдущей больной она не докучала врачам своими частыми визитами, более того, пыталась самостоятельно лечиться настойкой валерианы. Однако, поскольку основной конфликт, приведший к заболеванию, — конфликт с мужем — сохранялся, болезнь прогрессировала, имела определенную динамику и в конце концов привела к стационарному лечению.

В этом наблюдении также отчетливо проявляются все четыре этапа психосоматического развития личности.

Паранойяльный вариант — больные убеждены в том, что они страдают раком пищевода или желудка. Эти убеждения сопровождаются внешне логичной цепью доказательств, которые соответствующим образом отражаются на их поведении. Они постоянно посещают различные медицинские учреждения, чтобы получить подтверждение поставленного самим себе диагноза, стенично добиваются все новых и новых обследований, включают в эту деятельность своих родственников и знакомых, не верят врачам, читают соответствующую медицинскую литературу, в которой находят подтверждения своим подозрениям. Не найдя помощи у врачей, обращаются к знахарям, экстрасенсам, народным целителям, колдунам, бабкам, которые в ряде случаев подтверждают наличие у больных тяжелого онкологического заболевания, требующего лечения нестандартными методами.

Эта группа пациентов имеет внешнее сходство с больными по ипохондрическому варианту, однако в отличие от них озабочена не столько излечением, сколько попытками доказать врачам свою правоту. С докторами подобные пациенты нередко конфликтуют, пишут на них жалобы, требуют лишения медицинских дипломов. Аффективная схваченность своими идеями приводит к тому, что они периодически не в состоянии критически относиться к своим высказываниям и поведению. Некоторые из этих больных занимаются самолечением по методу экстрасенсов. Особого страха перед смертью они не испытывают, так как считают, что экстрасенсорным методам лечения подвластны все заболевания, в том числе и рак. В известной степени эти больные страдают канцероманией.

Больная Б., 31 год, лечилась амбулаторно на кафедре психиатрии Университета дружбы народов. Из анамнеза известно, что отец больной страдал хроническим алкоголизмом, мать — язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Беременность матери протекала физиологично, роды в срок, девочка родилась в синей асфиксии, проводилось искусственное оживление. С рождения была слабенькой, много и часто болела. Плохо ела, часто подташнивало, периодически отмечались рвоты. До семи лет отмечался энурез, беспокоили частые головные боли. В дальнейшем состояние стабилизировалось, хотя аппетит был сниженным до настоящего времени. В семье была хроническая конфликтная ситуация, обусловленная алкоголизмом отца, который в пьяном виде бегал за женой с ножом, несколько раз избивал ее на глазах ребенка.

В школе с семи лет, училась посредственно, так как часто не было возможности готовиться к урокам. Окончила IX классов и ПТУ. По характеру всегда была тревожная, ранимая, замкнутая, робкая. Все неприятности держала в себе, выговаривать свои проблемы никогда не могла. Подруг не имела. В компаниях сверстников всегда была на вторых ролях. В 16 лет влюбилась в одноклассника, встречалась с ним до 20 лет, собиралась выйти за него замуж. Но неожиданно для больной этот молодой человек перестал с ней встречаться и женился «на общей знакомой». Тогда больная «назло ему» вышла замуж за человека, которого не любила. Тем не менее семейная жизнь первые два года была удовлетворительной, родила ребенка.

Однако спустя 2 года муж стал пить, скандалить, однажды в пьяном виде ударил ее по голове. Было, вероятно, сотрясение мозга, длительное время после этого больную беспокоили головные боли.

К врачам не обращалась из-за страха перед мужем. Хотела уйти из семьи, но муж пригрозил ей убийством. Мужа боялась настолько, что когда он возвращался с работы, «ее всю трясло от страха». Постоянно думала о разводе, но опасалась что-либо предпринять. Постепенно стала нарастать тоскливость, подавленность, плохо спала. Еще больше ухудшился аппетит. Временами на пике страха отмечались нервные поносы. Однажды во время еды муж снова ударил ее по голове. От неожиданного удара поперхнулась пищей, прекратилось дыхание, возник острый страх умереть от удушья, с трудом отдышалась. С этого времени стала настороженно относиться к пище, так как почувствовала, что твердая пища проходит плохо или совсем не проходит. Опасалась, что пища может попасть в дыхательное горло. Появился страх глотания. Зафиксировалась на еде, постоянно думала о том, что ей можно есть, а чего нельзя. За короткое время похудела на 10 кг. Постоянно испытывала страх глотания. От этого стали появляться эпизоды повышения артериального давления.

Когда пациентка заболела, муж стал относиться к ней заботливее, перестал пить, скандалить, не прибегал более к физическим наказаниям. По поводу трудностей глотания больная несколько раз обращалась к отоларингологам и онкологам, так как уже тогда у нее возникла мысль о

возможном наличии рака пищевода или желудка. Несколько раз были проведены соответствующие обследования. Никакой патологии, кроме остаточных явлений перенесенной травмы черепа, выявлено не было. Больная же оставалась уверенной в наличии у нее онкологического заболевания, которое врачи не могут выявить или не решаются сказать ей правду, считая ее безнадежной. Стала читать учебник онкологии, медицинскую энциклопедию, находила у себя все признаки злокачественной опухоли. Убедила в этом мужа, который вместе с ней ходил по врачебным кабинетам и требовал проведения дополнительных обследований. На этом фоне дисфагия усилилась, возникала ежедневно. Однажды во время очередного обследования у онколога встретила знакомую, которая рассказала ей об экстрасенсе, который «за хорошие деньги может вылечить от чего угодно». Тут же поехала к этому экстрасенсу, с трудом добилась приема. Экстрасенс сказал, что у нее нарушено биополе в области горла из-за растущей опухоли, увидел над ее головой черную ауру, но за лечение взялся. После курсового лечения (10 сеансов) отправил к «травнику», который лечил ее настоями различных трав, после чего снова отправил к тому же экстрасенсу. Состояние на некоторое время улучшилось. По совету экстрасенса стала сама «восстанавливать здоровое биополе», однако эффекта от этого не было. Когда стало нечем платить экстрасенсу, он от нее отказался. Это было для больной настоящим ударом, шоком. Поняла, что надежды никакой не осталось. На этом фоне глотать уже совсем не могла, даже слюну.

Одновременно с дисфагией усилились и участились периоды повышения артериального давления, появилась мигрень. Головные боли усиливались при изменении атмосферного давления. По поводу головных болей обратилась к невропатологу, который и направил больную на консультацию на кафедру психиатрии Университета дружбы народов.

Из-за резко пониженного питания у пациентки подкожно-жировая клетчатка практически отсутствовала. Кожа серая, холодная, шелушащаяся. Физический статус напоминал клиническую картину нервной анорексии, но у нее была сохранена менструальная функция и отсутствовали вторичные сомато-эндокринные нарушения, столь типичные для нервной анорексии. Не было у больной и характерных для больных анорексией дисморфофобических переживаний [26, 27, 28].

При поступлении жаловалась на возможное наличие у нее онкологического заболевания, приводила много данных, почерпнутых из специальной литературы. Пыталась сама вести беседу, устроила врачу экзамен по онкологии. Во время беседы, если ее не устраивало объяснение врача, раздражалась, громко рыдала, повышала голос (вплоть до крика). С большой долей скепсиса согласилась на лечение, так как допускала, что дисфагия может быть не только при раке, но и при неврозе. С недоверием отнеслась к психологическому обследованию, которое выявило высокие показатели индекса нестабильности брака (80%). На MMPI отмечался пик по шкалам 6 (паранойя) и 2 (депрессия). При методике запоминания десяти слов отмечено снижение объема механической памяти, замедление процесса заучивания, внимания и умственной работоспособности. Мышлению больной доступны

отвлечения, обобщения, абстрагирования. При работе со сложными обобщениями допускала ошибки, в основе которых — использование конкретных связей. При работе с простыми обобщениями (двойные группы) делала много ошибок, связанных с повышенным утомлением.

Экстраверсия больной составляла 9 ед. (норма), невротизм - 19 (норма 12 ед., $P < 0,05$), тревога — 14 ед., фобии — 8, навязчивости 10, соматизация 14, депрессия 9, истерия 8. Все показатели, за исключением истерии, в 2—3 раза превышали нормативные (во всех случаях $P < 0,001$). У больной также выявлен высокий уровень общей враждебности (22 ед. при норме 13, $P < 0,001$). Интрапунитивность превышала нормативные показатели в 2,5 раза, несколько повышенной была и экстрапунитивность (10 ед. при норме 8,2). Враждебность была отчетливо направлена на себя (10 ед., $P < 0,001$).

В течение двух месяцев больная регулярно принимала амитриптилин по 25 мг на ночь, френолон по 10 мг утром и днем, стелазин по 5 мг утром и днем, ноотропил по одной капсуле утром и днем. Уже через две недели лечения дисфагия уменьшилась, появилась установка на излечение, стала доступной психотерапевтическому воздействию. Через два месяца лечения — хорошо ест, поправилась на 4 кг, исчезли фобические переживания (включая канцерофобию), проблем с глотанием твердой пищи нет. Однако тенденция к появлению дисфагии в стрессовой ситуации сохраняется, как сохраняются, хотя и в меньшей степени, патохарактерологические изменения личности. Больная получает поддерживающую психотерапию (1 сеанс в месяц) в течение 1 года.

Итак, больная с неблагоприятной наследственностью (алкоголизм отца), биологически неполноценной почвой (асфиксия в родах), желудочно-кишечным вариантом невропатии длительное время жила в психотравмирующей ситуации сначала в семье отца, а затем и в своей собственной. На фоне хронического конфликта с мужем у нее развилась депрессия, носившая невротический характер. На фоне вялой депрессии — страх перед мужем, который нередко прибегал к ее избиению, привел к появлению единичных психосоматических реакций в виде психогенной диареи, снижения аппетита. В дальнейшем после очередного избиения у больной возник ларингоспазм с последующей функциональной дисфагией, страхом глотания, страхом удушья. Такой фиксации несомненно способствовали особенности преморбидной личности. У больной довольно быстро сформировался моносистемный психосоматоз с генерализованной реакцией на стресс всем желудочно-кишечным трактом. Спустя непродолжительное время можно было уже говорить о полисистемном психосоматозе, когда к основной симптоматике добавилась гипертония.

Больная стенично обращалась к врачам, убеждала их в том, что она больна раком. Не получив ожидаемого от врачей, лечилась у экстрасенсов, травников, самостоятельно «укрепляла свое биополе». В течение болезни значительно изменилась по характеру: из робкой и нерешительной превратилась в стеничную, конфликтную, раздражительную особу, пытавшуюся доминировать и диктовать свою волю врачам. При этом она часто давала реакции раздражения с громкими рыданиями, криком и причитаниями,

чему, вероятно, способствовала биологически неполноценная почва.

Таким образом, и у данной больной в динамике заболевания отчетливо прослеживаются все четыре этапа описанного выше психосоматического развития личности. В целом, однако, можно сказать, что разделение вариантов психосоматического развития личности при функциональной дисфагии весьма условно.

Синдром психогенной тошноты и рвоты

В клинической практике тошнота и рвота встречаются довольно часто, это симптомы многих соматических и психических заболеваний. Нередко их появление свидетельствует, об утяжелении состояния и является индикатором назначения интенсивной терапии. В психиатрии рвоты как симптом могут встречаться при любом заболевании.

Выделяют, однако, тошноту и рвоту как самостоятельную патологию в рамках функциональных психических расстройств. В возникновении этой патологии основную роль отводят факторам психологического порядка, связанным с личностными особенностями или «соматизированными» переживаниями конфликтных ситуаций. Большинство исследователей рассматривают функциональную тошноту и рвоту в рамках конверсионной истерии или синдрома тревоги. Эта патология может быть результатом стресса или обусловливаться наследственными факторами.

Психоаналитически ориентированные исследователи механизмом психогенной или нервной рвоты считают сексуальную незрелость и страх гетеросексуальности. Рвота при этом выступает в качестве истерической защиты от бессознательных сексуальных желаний (поползновений). Психогенную рвоту также считают эквивалентом неотреагированного гнева. У страдающих нервной рвотой в анамнезе еще в детстве отмечались эпизоды рвоты.

Этим заболеванием обычно страдают молодые люди или люди среднего возраста, соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 1:5. Хотя у больных и отмечается некоторое снижение аппетита, большой потери массы тела, как правило, не бывает. Некоторые больные могут временно контролировать рвоту, т.е. отсрочить ее на некоторое время, чтобы успеть добежать до туалета. При этом пациенты не испытывают болей в животе или желудке. Временами создается впечатление, что рвоты больше беспокоят родственников больных, чем самих пациентов.

Исследователи, говоря о функциональной рвоте, указывают на отсутствие при этом сколько-нибудь выраженной органической патологии. Вероятно, поэтому длительное время существовала точка зрения о том, что психогенная рвота и тошнота — это проявление органного или системного невроза [3, 47].

Необходимо отметить, что примерно в 40 % наблюдений выявлена наследственная отягощенность психосоматической патологией пищеварительной, сердечно-сосудистой и других систем. Все больные отмечают (воспоминания со слов родителей или других близких, а также

данные из детской медкарты) значительные проблемы с питанием с первых дней жизни. У многих был слабый сосательный рефлекс, дети быстро насыщались, часто срыгивали, у всех был снижен аппетит. Именно поэтому физически эти дети развивались плохо, особенно в сравнении со сверстниками. Однако в психическом отношении не отставали, а многие даже опережали своих сверстников. Недостаточное питание, а то и отвращение к пище свидетельствовало о наличии у этих детей желудочно-кишечного варианта детской невропатии. Общая физическая слабость обусловливала и тяжелое протекание обычных детских инфекций. Кроме того, несомненно имелась органически неполноценная почва, о чем косвенно свидетельствует энурез у многих детей, а также симптомы укачивания и непереносимости транспорта. Невропатия и органически неполноценная почва являются большим фактором риска развития психосоматоза [21].

Как уже указывалось, дети этой группы плохо ели, отличались от сверстников своей худобой и «прозрачностью». Вследствие этого все они подвергались насильственному или полунасильственному кормлению в течение нескольких лет. У них так же, как и у будущих больных дисфагией, пища уже с детских лет ассоциировалась с насилием, наказанием. Поэтому и в будущем при волнениях отрицательные эмоции нередко активировали детские ощущения (комплексы), связанные с едой.

Явления невропатии самокупировались к 9—11 годам, но и в дальнейшем в стрессовых ситуациях отмечались единичные рвотные реакции, которые быстро проходили и не беспокоили больных. Сформировалась так называемая повышенная психосоматическая готовность. Из-за частых и длительных состояний болезненности эти дети воспитывались в обстановке гиперопеки, а при наличии каких-либо способностей — нередко и как кумиры семьи [17]. Несомненно, что частые соматические заболевания значительно ослабляли нервную систему этих детей, вызывая определенное ее перераздражение [48]. Это естественным образом отражалось на личностных особенностях обследованных. По преморбидным особенностям можно выделить две группы пациентов.

В первой преобладала тревожность, сенситивность, повышенная ранимость, выраженное стремление к избеганию конфликтов, пониженная самооценка, выраженная потребность в защите, идеализация одного из родителей, симбиотическая связь с ним, отсутствие инициативности. Такие пациенты избегали шумных компаний сверстников, старались быть на вторых ролях. У них же отмечалась склонность впадать в меланхолию. Они чаще жили миром книг, фантазий, грез, мечтаний.

У пациентов второй группы отмечались эгоцентризм, желание привлекать к себе внимание, некоторая театральность, стремление казаться, а не быть. Эти истерические черты тем не менее сочетались у них с повышенной тревожностью, ранимостью, некоторой нерешительностью. Особенности личности в количественных выражениях в сравнении с нормативными показателями представлены в табл.3.

Таблица 3

Личностные особенности больных

Тест	Черты личности	Больные	Здоровые	P
Айзенка	Экстраверсия	10,0+0,5	11,0+0,6	>0,05
	Невротизм	18,4+0,4	8,8+0,6	<0,001
M.H.Q.	Анксиозность	11,7+0,5	3,7+0,4	<0,001
	Склонность к фобиям	7,8+0,4	4,0+0,6	<0,001
	Склонность к навязчивостям	10,4+0,4	5,2+0,4	<0,001
	Соматизация аффекта	9,5+0,4	2,8+0,6	<0,001
	Склонность к депрессии	8,1+0,4	2,7+0,5	<0,001
	Истерические черты	6,5+0,4	7,9+0,2	<0,001
Тейлор	Тревожность	31,6+1,0	13	<0,001
H.D.H.Q.	Враждебность	20,0+0,8	13,1+0,4	<0,001
	Интрапунитивность	15,0+0,7	8,6+0,2	<0,001
	Экстрапунитивность	10,5+0,6	8,2+0,3	<0,001

Таким образом, общая преморбидная черта этих больных — повышенная тревожность. У пациентов она превосходила нормативные показатели в 2,5 раза и составляла по Тейлор почти 32 ед. Важно отметить, что из трех составляющих тревожности у больных преобладала социальная, обусловленная положением личности в обществе. Она составляла 70 % от максимально возможной, нервная и соматическая тревожность — соответственно 64 и 54 %. Из этого следует, что пациентов больше беспокоят социальные последствия болезни в виде вероятно социальных ограничений, чем сама соматическая патология.

Из таблицы следует: истерические черты у всех больных были значительно ниже нормативных показателей, что подвергает сомнению истерический генез неврогенных тошнот и рвот. Обращает на себя внимание также высокая враждебность, значительно превосходящая норму. В этой связи нельзя не упомянуть точку зрения о том, что враждебность может реализоваться чисто символически через, например, рвоту или диарею [100].

Поскольку высокая анксиозность, тревожность, невротизм коррелируют с началом рвот, можно думать, что последние являются производным не истерической, а тревожно-депрессивной личности.

Очевидно, рвота приводит к разрядке «напряженной системы» и несколько облегчает состояние больного, тем более что сам акт рвоты является тривиальным методом выражения эмоций. Раз возникнув, рвота фиксируется за счет обсессивно-фобических особенностей личности и процесса соматизации тревоги.

Необходимо подчеркнуть, что перед началом заболевания больные находились в длительной психотравмирующей ситуации, продолжавшейся нередко не один год. Эта ситуация была обусловлена интерперсональными,

межличностными конфликтами, ограниченными, главным образом, пределами семьи. Лишь у единичных больных конфликт локализовался в сфере производственных отношений. Это подтверждается данными индекса нестабильности брака, который в среднем у женщин составлял почти 50%. Содержание конфликта отражалось и в тесте «Незаконченные предложения». Приведем несколько примеров: «Идеалом мужчины для меня является... естественно, не мой муж. По сравнению с большинством других семей, моя семья... самая неблагополучная. Супружеская жизнь кажется мне... моим наказанием не за мои грехи. Моей самой большой ошибкой было... замужество. Моим скрытым желанием в жизни является... развод и новая семья. Больше всего я хотела бы в жизни... сбежать от мужа. Самое худшее, что мне пришлось совершить... это мое замужество».

Важное место в интерперсональных отношениях принадлежит также теме потери близких, тяжелые болезни детей. Приведем несколько высказываний из этого же теста: «Я всегда хотела, чтобы мой отец... был бы жив. Моя мать и я... до сих пор не можем простить себе смерть отца. Сделала бы все, чтобы... воскресить из мертвых своего ребенка. Моя семья обращается со мной, как... с потерпевшей крушение. Хотелось бы перестать бояться... за своих детей. Больше всего я хотела бы в жизни... избавить моего ребенка от детского паралича».

Сексуальные переживания также являлись одним из главных компонентов конфликта: «Если бы у меня была нормальная половая жизнь... то я ничего не хотела бы больше. Считаю, что большинство мужчин... изменяют своим женам. Моя половая жизнь... причина всех болячек. Моя половая жизнь... это не жизнь».

У мужчин индекс нестабильности брака составлял всего 10%, что свидетельствует о том, что основной конфликт находится вне семейных отношений. Конфликты у половины из них были связаны с неприятностями на работе, у другой половины — с психологической переработкой имевшейся у них импотенции или слабости эрекции.

Длительное пребывание в хронической стрессовой ситуации приводило к появлению у всех больных вялой депрессии, преимущественно выражавшейся в дистимии при относительно малой представленности идеаторного и моторного компонентов депрессивной триады. Хотя суточного колебания аффекта не было, у больных отмечались нарушение сна, симптом раннего пробуждения, значительное снижение аппетита. На вялом депрессивном фоне даже незначительная психотравмирующая ситуация могла служить триггером реактивации симптоматики невропатии. Возникновение невротической депрессии по существу было первым этапом развивающегося психосоматоза. На фоне депрессии под воздействием дополнительных стрессовых моментов появлялись эпизоды тошноты или рвоты, которые держались несколько часов и бесследно исчезали, особенно при положительном подкреплении. В дальнейшем эти эпизоды стали учащаться и удлиняться по времени и вскоре стали привычной формой реагирования на неблагоприятную ситуацию.

Корреляционный анализ показал, что начало заболевания у пациентов

положительно коррелировало с анксиозностью (R = 0,87), навязчивостями (R = 0,74), соматизацией аффекта (R = 0,32), депрессией (R = 0,79), тревожностью (R = 0,7), экстраверсией (R = 0,64), невротизмом (R = 0,8). Высокая отрицательная корреляция связывает начало заболевания с такими параметрами личности, как враждебность (R = —0,7) и экстрапунитивность (R = —0,8). В то же время не выявлено статистически достоверных показателей между началом заболевания и истерическими чертами личности, что свидетельствует против устоявшейся точки зрения на рвоту как феномен сугубо истерического ряда [59]. Вероятно, следует говорить о рвоте как о симптоме не истерии, но повышенной эмотивности, ибо и концентрированная отрицательная и положительная эмоции могут вызвать эту реакцию. Так же, как и при дисфагии, у больных с функциональными тошнотами и рвотами выявлена отрицательная корреляционная связь и с индексом алекситимии (показатель ее у обследованных данной группы составил 6 ед. из 8 возможных).

Когда рвотные реакции становились привычной формой реагирования, у больных стали отмечаться и другие симптомы дисфункции желудочно-кишечного тракта (диарея, гастралгия и др.). Генерализация ответной реакции на стресс всем желудочно-кишечным трактом свидетельствовала о формировании моносистемного психосоматоза. При этом при снижении толерантности к стрессу больные стали давать на стресс реакции симптомами других органов и систем: сердечно-сосудистой, мочеполовой и др. В таком случае формировался уже полисистемный психосоматоз.

Следует сказать, что часто рвоте предшествовала тягостно переносимая тошнота, которая становилась своеобразным «пищевым фоном» и блокатором аппетита. При этом при попытке заставить себя есть насильно у больных возникала рвота. Иногда для купирования тошноты (которая субъективно переносилась тяжелее рвоты) они прибегали к искусственно вызываемой рвоте, после чего состояние их на некоторое время улучшалось. Тошнота и рвота не всегда были связаны с приемом пищи. Чаще они возникали натощак как реакция на какую-то очень сильную эмоцию. Когда пациенты для борьбы с тошнотой прибегали к вызыванию рвот, они теряли массу тела, иногда весьма значительно, что делало необходимым проводить дифференциальную диагностику этого состояния с нервной анорексией.

Постоянная рвотная готовность естественным образом меняла образ жизни больных. Они старались не волноваться, чтобы не спровоцировать появление рвот, по этой причине не могли посещать театры, концерты, кинотеатры, смотрели только детские телевизионные передачи. Латиноамериканские сериалы и другие сентиментальные постановки вызывали у них выраженные эмоциональные переживания, которые, как правило, закачивались рвотными реакциями. Многие пациенты оставляли работу, так как поездки в общественном транспорте вызывали у них выраженное психоэмоциональное напряжение из-за возможности появления рвоты. В отличие от чисто истерических рвоты у данных больных не могли быть отсрочены даже на короткое время. Возникал вполне обоснованный навязчивый страх рвоты. Именно из-за возможности возникновения рвот в

транспорте больные перед выходом из дома сами стали искусственно вызывать рвоту, после чего могли более или менее спокойно доехать до работы. Многие пациенты сокращали прием пищи с целью снижения вероятности возникновения рвоты. Таким образом, у больных сосуществовали естественные и искусственно вызываемые рвоты, навязчивый страх появления рвот в неподходящем месте и времени. Все это сочеталось с депрессией, тревогой и сенситивными идеями отношения. Этот симптомокомплекс был подробно описан ранее и получил название вомитофобического синдрома [35].

На фоне постоянного напряженного ожидания рвот у больных стали отмечаться эпизоды повышения артериального давления, симптомы кожного зуда, тахикардии и др. Происходило, следовательно, расширение репертуара психосоматического реагирования [90] и формирование полисистемного психосоматического цикла. Другими словами, формировался уже вторичный психосо-матоз. Эти данные в известной степени перекликаются с результатами обследования методикой MMPI. У женщин отмечался пик по первой (ипохондрия или соматизация тревоги) и по второй (депрессия) шкалам. Подобное отмечается, как правило, у тревожных больных.

Подъем профиля по первой шкале возникает, когда тревога больного объясняется состоянием его физического здоровья. Соматическое состояние превращается в объект тщательного изучения. Поглощенность внимания собственными соматическими процессами приводит к высокой резистентности поведения по отношению к внешним воздействиям, которую окружающие обычно описывают как несговорчивость и упрямство. Эти качества и скептицизм в отношении эффективности врачебных мероприятий весьма затрудняют терапию, особенно психотерапию. Такой пик часто бывает у тревожных личностей с легко возникающими у них тревожными реакциями с вегетативным компонентом. Выраженность пика на первой шкале отражает не только значимость для больных определенных соматических ощущений, но и появление тенденции к возникновению новых ощущений, часто пластических, распространяющихся и изменчивых. В основе представления пациента о болезни лежит потребность объяснить все увеличивающееся количество ощущений и возникающее на этой основе сверхценное отношение к своему соматическому состоянию.

Код 1,2 чаще всего наблюдается у больных с ипохондрическим развитием личности. Профиль MMPI у мужчин примерно соответствует данным, полученным в женской популяции.

У всех обследованных (независимо от пола) вследствие ипохондрической фиксации отмечалось значительное снижение самооценки. Если до заболевания они достаточно высоко оценивали свой «ум», «здоровье», «счастье» и «характер», то в процессе заболевания все эти параметры значительно снизились (самооценка «здоровья», «счастья» и «характера» снизилась на 50 %, «ума» — на 10%). Следовательно, и у этой группы больных понятие «здоровье» тесно связано с понятием «счастья». Особенностью этой группы больных является снижение показателя по «уму», что субъективно оценивается ими как невозможность дальнейшего творческого роста из-за болезни и определенное

забывание старых навыков и умений. Значительное изменение «характера» в худшую сторону отмечали все больные, что свидетельствует о наличии у них критики к нарастающим патохарактерологическим нарушениям.

И действительно длительное течение заболевания приводило к значительным характерологическим сдвигам — появлялась конфликтная раздражительность, грубые истероподобные реакции, повышенная требовательность, прямолинейность, стеничная ипохондричность. Нередко вся жизнь таких больных превращалась в хождение по врачам, изучение специальной медицинской литературы. Как и у больных дисфагией, они длительное время подозревали у себя наличие рака желудка (что якобы и являлось причиной рвот), часто посещали онкологов, проводили многочисленные инструментальные исследования желудка. Негативные результаты этих обследований значительно облегчали состояние больных, однако очередной стресс и приступы рвоты вновь приводили к отчаянию, неверию во врачей, отказу от лечения и началу поиска очередного специалиста онколога. При этом больные значительно преувеличивали тяжесть своего заболевания, нередко даже добивались группы инвалидности. В то же время объективно их состояние не было столь драматичным: масса тела была достаточной, не было (как при нервной анорексии с рвотным синдромом) вторичных сомато-эндокринных нарушений. Не было у них и характерных для нервной анорексии дисморфофобических переживаний и дисморфоманических тенденций [23].

Описанное выше состояние было характерно для ***ипохондрического варианта психосоматического развития личности.***

Приведем клиническое наблюдение.

Больная У. В., 1946 г.р., медсестра. Находилась в больнице № 8 им. З.П.Соловьева с 7/XII 1971 по 4/1У 1972 г. Наследственность: мать — 56 лет, по характеру нервная, раздражительная, вспыльчивая, типологически определяется как личность эпилептоидно-истерического склада — лицемерная, завистливая, злобная, мелочно-придирчивая, эгоцентричная; отец — 64 года, спокойный, мягкий, несколько ипохондричный, склонен прислушиваться к своим внутренним ощущениям, часто посещает врачей. Дед по линии матери страдал язвенной болезнью желудка с молодых лет. Роды матери физиологические, в срок. Девочка — от второй беременности, масса тела при рождении 3200 г, рост 51 см.

С детства отличалась плохим аппетитом, всегда плохо и недостаточно ела, пищу иногда выбрасывала. Кормили насильно. Нередко при переедании отмечались срыгивания. Всегда была «худощавой». В дошкольном возрасте перенесла коклюш, болезнь Боткина, часто болела ангинами и гриппом. По характеру была тревожной, мнительной, робкой, застенчивой, верила во все плохие приметы, была суеверной. В школе с семи лет, занималась одинаково хорошо по всем предметам, ничего особенно не выделяя. В 13 лет у девочки было обнаружено искривление позвоночника. Была проведена хирургическая операция — «фиксация позвоночника». По словам больной, плохо перенесла эфирный наркоз, после операции в течение нескольких дней была сильная

рвота, постоянное чувство тошноты, ничего не могла есть. Похудела на несколько килограммов. При выписке из больницы рвота не беспокоила, но чувство тошноты сохранялось. В течение года носила специальный корсет. Занималась на дому, к больной ежедневно приходили одноклассники или учителя, помогали в учебе и развлекали ее. Родители в это время были особенно заботливы к дочери, выполняли все ее прихоти. Через год вернулась в тот же класс, где все ее жалели, учителя предъявляли меньшие требования, нередко совсем освобождали от уроков. Самочувствие в это время было хорошим, но иногда при волнениях стало появляться чувство тошноты. Через некоторое время при каких-либо неприятностях тошнота стала сопровождаться однократной рвотой.

Вскоре родители получили новую квартиру в районе, который очень не нравился больной. Тяжело перенесла переезд, волновалась, через весь город ездила на занятия в старую школу. В новой квартире все не нравилось, раздражало. С момента переезда участились рвотные реакции, любая даже минимально дискомфортная ситуация приводила к усилению тошноты и рвоты. По этой причине с трудом ездила в транспорте. Утром уже при одной мысли о поездке через весь город возникала тошнота и рвота. Рвоты были натощак и не были в то время связаны с приемом пищи. Через некоторое время больная, чтобы предупредить появление рвоты в метро или автобусе, стала по утрам сама вызывать рвоту. После искусственно вызванной рвоты некоторое время чувствовала себя удовлетворительно, спокойно вела себя в транспорте. Тогда же решила, что рвота может уменьшиться при уменьшении пищевого рациона. Стала ограничивать себя в еде, впрочем весьма умеренно и только перед какой-нибудь поездкой. По выходным дням, когда можно было остаться дома, ни тошнот, ни рвот не было, ела тогда без ограничений.

Окончила 11 классов, очень хотела поступить в медицинский институт. Однако мысль о возможном провале на экзаменах вынудила больную подать документы в медицинское училище. Училась увлеченно, с удовольствием, тогда же отметила, что напряженная учеба как-то отвлекает от мыслей о тошноте и рвоте. Чувствовала себя значительно лучше. Во время учебы влюбилась в однокурсника, собиралась выйти за него замуж. Однако буквально за несколько дней до свадьбы жених оставил ее без всяких объяснений.

После окончания училища с трудом работала медсестрой, не переносила вида крови, боялась делать внутривенные вливания. Постоянно думала о несостоявшейся свадьбе, часто плакала, плохо спала, настроение было постоянно подавленным. На работе стала получать замечания, сама чувствовала, что не справляется, что вместо работы постоянно думает о случившемся. На этом фоне усилились тошноты и рвоты, совершенно перестала справляться с работой. По совету хорошо относящегося к ней главного врача поступила на курсы инструкторов по лечебной физкультуре. Однако ожидаемого облегчения от смены обстановки не получила, постоянно находилась в тоскливо-напряженном состоянии. Летом 1970 г. поступала на вечернее отделение медицинского института, на последнем экзамене «от страха» получила неудовлетворительную оценку. Непоступление в институт

восприняла как крушение всех надежд и планов. Резко усилилась депрессия, в течение нескольких дней отмечалась постоянная тошнота и неукротимая рвота. Кроме того, появился часто повторяющийся понос. Поняла, что у нее рак желудка, многократно обследовалась у онкологов, рентгенологов, хирургов. Никакой органической патологии выявлено не было, все врачи советовали ей обратиться к психотерапевту или психиатру.

«Жизнь превратилась в каторгу». Каждое утро с ужасом ждала рвоту, ничего не ела (чтобы не спровоцировать рвоту), похудела до 37 кг (рост 151 см). Иногда утром съедала одно яблоко, после чего вызывала рвоту, вечером ничего не ела из опасения появления рвот на следующее утро по дороге на работу. Совсем не могла ездить в общественном транспорте (за исключением такси). В автобусе или трамвае немедленно начиналась тошнота, казалось, что «вырвет» прямо на глазах пассажиров. С ужасом выскакивала на первой же остановке. Особенно тяжело переносила метро, уже один вид электропоезда вызывал паническое состояние. На фоне постоянных страхов рвоты стало повышаться артериальное давление, появились тахикардия, боли в сердце. Решила, что у нее начинается инфаркт, многократно обследовалась у соответствующих специалистов, и вновь все врачи в один голос заявляли, что ей надо лечить нервную систему.

Из-за возможности появления рвот в течение многих лет не может посещать театры, выставки, кинотеатры, так как в переполненных помещениях немедленно появляется страх рвоты и «предупреждающая» об этом тошнота. Вновь стала подозревать наличие у себя онкологического заболевания. Прошла очередной курс многочисленных исследований и консультаций. Врачам не верила, хотя верить хотелось. Буквально ежемесячно посещала платные поликлиники. Вся ее зарплата и доходы родителей уходили на эти многочисленные консультации. Постепенно изменилась по характеру, стала раздражительной, конфликтной, крайне ипохондричной. В 1972 г. вновь пыталась поступить в медицинский институт, но за четыре дня до экзаменов на фоне сильного волнения и страха, что на экзамене может начаться рвота, у больной открылась неукротимая рвота, длившаяся ровно четыре дня.

Последние два года настроение постоянно подавленное, часто «опускаются руки», однако суицидальных мыслей никогда не было. В периоды обострения не может смотреть на пищу, боится ее, уже один вид пищи вызывает неприятное чувство спазма в горле и тошноту. Состояние постоянной тошноты и рвоты беспокоит еще и потому, что не позволяет встречаться с молодыми людьми, и это переживает особенно тяжело (больной 28 лет). Непосредственно перед поступлением в клинику познакомилась с парнем, с которым хотела бы связать свою судьбу. В психиатрическую больницу пришла с надеждой полностью вылечиться и завести свою семью.

При поступлении: вес около 40 кг, истощена, кожа и видимые слизистые бледные. На коже спины большой послеоперационный рубец. Резкий тремор пальцев рук. Артериальное давление 100/70—130/90 мм рт.ст. Синусовая тахикардия, пульс 110 ударов в минуту. По органам грудной и брюшной полости патологии не выявлено. В неврологическом статусе отмечается

некоторое снижение брюшных рефлексов, больше слева. Коленные сухожильные рефлексы повышены. Тонус в конечностях несколько снижен. Вегетативная нервная система: стойкий красный дермографизм, при волнении — игра вазомоторов на лице и туловище, гипергидроз. Показатели клиноортостатической пробы и пробы Ашнера умеренно повышены. Обращают на себя внимание некоторые черты дизрафического статуса: видимый сколиоз, множество родимых пятен, обильное оволосение на ногах.

При поступлении в психиатрическую клинику тосклива, подавлена, астенизирована, подробно рассказывает о своем состоянии, во время беседы часто покрывается красными пятнами. Рассказывая о страхе перед тошнотой и рвотой, делает постоянные глотательные движения, давится слюной. Стойко фиксирована на своих переживаниях, склонна к «самокопаниям». Постоянно прислушивается к своим внутренним ощущениям, не исключает возможности наличия у нее рака желудка. В отделении на незначительные раздражители (неприятная соседка по палате, недостаточно проветренная комната, болезненный укол и пр.) дает стереотипные реакции в виде тошноты и рвоты или скандалит до «спазма в горле». Длительное время не могла одна выходить на улицу за пределы больницы: появлялось сердцебиение, ощущала дрожь во всем теле, судороги в конечностях, «подкашивались» ноги, слабели руки, наступала рвота.

В течение нескольких недель лечилась небольшими дозами нейролептиков в сочетании с различными видами патогенетической психотерапии. К моменту выписки была спокойной, страхи полностью исчезли (в том числе и канцерофобия), поправилась на 5 кг, рвоты не испытывала, хотя периодически при волнении отмечалось легкое подташнивание. Хорошо и без напряжения ела.

После выписки еженедельно получала по одному сеансу гипнотерапии, в дальнейшем — один сеанс в две недели. Через некоторое время после выписки у больной произошел полный разрыв с человеком, за которого она собиралась выходить замуж. Состояние резко ухудшилось: появилась депрессия, отказ от еды, тошноты, сильная рвотная готовность. В амбулаторном лечении был использован плацебо-эффект, больная, кроме гипноза, получала нейтральный препарат под видом новейшего японского препарата «антирватина». Сеансы гипноза участились до трех раз в неделю. Через месяц такого лечения больная полностью освободилась от всех неприятных ощущений, у нее выровнялось настроение, полностью прекратились тошноты и рвоты.

Катамнез спустя 10 лет. Через год после выписки из больницы встретила человека, за которого вскоре вышла замуж. Во время беременности подташнивало, самостоятельно принимала аминазин. Родила здорового ребенка. Тошноты полностью прошли. Рвоты возникают однократно только в сильных стрессовых ситуациях. Жалуется на свой трудный характер, стала излишне возбудимой, раздражительной, конфликтной, при ссорах с мужем часто бьет посуду, а иногда и мужа. С критикой относится к своим характерологическим изменениям, старается снять излишнюю возбудимость нерегулярным приемом транквилизаторов.

В данном наблюдении девочке с органически неполноценной почвой и детской невропатией (выражавшейся в тошноте и рвоте, особенно при насильственном кормлении) в возрасте 13 лет была проведена операция под эфирным наркозом. После наркоза активировалась та симптоматика, которая была и при невропатии ранее (тошноты, рвоты). Эти нарушения пищевого поведения появлялись только в ситуации психического дискомфорта или травматизации. Можно думать, что наркоз только спровоцировал тошноты и рвоты, но не послужил основной причиной их появления. Особенно усилились тошноты и рвоты при переезде на новую квартиру в нелюбимый район, что для ослабленного организма стало настоящим стрессом. После того как больную оставил жених, у нее развилась реактивная депрессия, на фоне чего вновь усилились прежние пищевые аномалии. Если развитие депрессии — это первый этап заболевания, то реактивация тошноты и рвоты как психосоматических реакций — это уже второй этап психосоматоза. В последующем еще одна психическая травма — непоступление в институт, привела сначала к усилению депрессии, а затем усилению тошноты и рвоты. Характерно, что тошнота и рвота всегда снимали остроту и значимость стресса, как бы замещали собой его значимость и актуальность. При этом уже отмечалась генерализация ответа на стресс всего желудочно-кишечного тракта (не только тошноты и рвоты, но и поносы, и трудности глотания), что свидетельствует о формировании моносистемного психосоматического цикла. Длительное существование различного вида страхов со временем привело к появлению функциональных нарушений других органов и систем (гипертония, тахикардия — из последней произросли будущий «инфаркт миокарда», кожный зуд и т.д.), что свидетельствовало о формировании полисистемных психосоматических циклов и, следовательно, о развитии вторичного психосоматоза (все тот же «инфаркт миокарда»). Ипохондрические переживания были стойкими и включали в себя, как уже указывалось, несколько органов и систем. Длительное течение заболевания приводило и к отчетливым характерологическим изменениям, появлялись несвойственные ранее черты: конфликтность, злобность, чрезмерная раздражительность, рукоприкладство. Кроме того, появляются типичные истерические варианты поведения. Например, за четыре дня до экзаменов открывается неукротимая рвота, которая держится ровно четыре дня (но уже не нужно решать проблему поступления в институт).

Катамнез спустя 10 лет показал, что у больной по-прежнему отмечались единичные психосоматические реакции на высоте стресса, но главными были уже характерологические изменения личности.

У другой группы больных формировался ***истерический вариант психосоматического развития личности.*** Он характеризовался усилением истерических симптомов и типично истерических форм поведения. В процессе заболевания у пациентов нарастала капризность, эгоцентризм, эгоизм, истерические стигмы, иногда бутафорские тенденции к суицидам, одновременно с этим проявлялась чрезмерная раздражительность, истерическая конфликтность с соответствующим оформлением собственных переживаний. Необходимо отметить, что эти почти психопатические реакции

сопровождались тем не менее критической оценкой и стремлением в будущем как-то предотвратить их появление. Однако появление истерической симптоматики несколько смягчало состояние депрессии, но полностью ее не исключало. Подобное же описано Н.Д.Лакосиной [33] при невротическом развитии личности. В основе этого феномена лежит реализация или отреагирование эмоций вовне, т.е. экстрапунитивный вариант выхода из ситуации фрустрации.

Приведем клиническое наблюдение.

Больная К., 1950 г.р., инвалид II группы, проживала в Ленинграде. Наследственность: мать — личность выраженного истерического склада с потерей чувствительности, истерическим комом, онемением конечностей, временной потерей слуха, зрения и голоса после незначительных неприятностей. Перенесла Ленинградскую блокаду, была истощенной, кахектичной, на фоне кахексии отмечалась длительная аменорея. К болезни дочери некритична, преднамеренно скрывает анамнез. Отец конфликтный, раздражительный, злоупотребляет алкоголем, пьет ежедневно (в том числе и до рождения дочери), работает сантехником, в семье устраивает скандалы, часто хватается за топор. Во время войны более четырех лет находился в концлагере в Бухенвальде, вернулся в Ленинград с весом 30 кг. Через несколько месяцев женился на матери больной, при этом оба были в состоянии кахексии.

Через 9 месяцев родился сын, страдающий гипертонической болезнью с 25 лет, второй сын с детства страдает мигренью. Девочка родилась восьмимесячной, хотя беременность и роды матери вроде бы протекали без патологии. В детстве плохо ела, часто срыгивала. Ее также кормили насильно. В семимесячном возрасте перенесла сотрясение мозга с кратковременной потерей сознания. В школе с восьми лет, училась хорошо, всегда была на первых ролях и в учебе, и в общественной работе. Была «заводилой» в пионерской и комсомольской работе. По характеру была властной, эгоцентричной, не терпела возражений. Командовать, управлять сверстниками всегда нравилось и удавалось. Мечтала стать педагогом, любила возиться с детьми. После окончания средней школы поступала в педагогический институт, но не прошла по конкурсу. Непоступление в институт восприняла как трагедию, удар по самолюбию. Ухудшилось настроение, часто плакала, плохо спала, резко снизился аппетит. По настоянию матери поступила на завод чертежницей, где в окружении мужчин постепенно «отошла от горя».

Через год поступила на вечернее отделение одного из технических вузов. Продолжала жаловаться на сниженный аппетит, плохо ела, особенно при волнениях. Во время экзаменов от волнения вообще не могла есть, худела за сессию на 4 — 5 кг. Голода при этом не чувствовала. Плохо ела с 17 до 22 лет. В 1972 г. познакомилась с веселым и, по мнению больной, очень красивым парнем, хорошо игравшим на гитаре и имевшим хороший голос. Этот молодой человек окончил всего семь классов. Больная постоянно сомневалась, стоит ли ей связывать с ним свою судьбу, ибо наличие высшего образования считала главным в выборе супруга. Через несколько месяцев, еще не совсем оправившись от тяжело перенесенного гриппа, пошла вместе с ним на

вечеринку к подруге. Там неожиданно для себя ночью она обнаружила своего молодого человека (которого, как она говорит, любила платонической любовью) в постели с посторонней женщиной. Была настолько шокирована увиденным, что у нее перехватило дыхание, «поплыло» перед глазами, стали непослушно-ватными ноги, пропал голос, появился сильный приступ тошноты, вырвало на глазах застигнутой врасплох пары.

Обладая достаточно богатым воображением, больная постоянно «домысливала» увиденное и каждый раз это сопровождалось сильной тошнотой и рвотой. Вскоре уже любое упоминание об этом человеке (с которым она «с негодованием рассталась») или половом акте, включая весьма распространенный на заводе мат, вызывало у больной приступ тошноты и рвоты, после чего отмечалось длительное снижение аппетита. Постоянно думала о «коварстве и подлости» этого человека, часто плакала, вновь и вновь обыгрывала увиденное, затем начинала рыдать и плакала часами, потом наступала рвота. Однажды, уже спустя шесть месяцев, вспомнила об этом во время очень трудного экзамена, который боялась не сдать, тут же открылась неукротимая рвота и больную прямо с экзаменов стационировали в больницу. Было высказано предположение о «язве на нервной почве». Однако после соответствующих обследований этот диагноз был отвергнут. Для уточнения диагноза больная была переведена в терапевтическое отделение ВМА им. С. М. Кирова, где диагноз язвенной болезни не подтвердился. Была выписана с диагнозом «функциональное нервное расстройство». Рвота была прекращена на несколько дней, затем восстановилась. В дальнейшем рвота быстро зафиксировалась и возникала не только от воспоминаний о психотравмирующем моменте, но и после каждого приема пищи. Вновь была стационирована в больницу, однако эффекта от проводимого лечения не было, прогрессивно худела. Периодически появлялись поносы на нервной почве, кожный зуд, повышение артериального давления. С 1973 г. находится на учете в психоневрологическом диспансере по месту жительства. Многократно, но безуспешно лечилась в диспансере, терапевтических и психиатрических клиниках всех ленинградских медицинских институтов. Лечение было самым разнообразным: аминазин, седуксен, гипнотерапия, комбинация лечебного голодания с инсулином (?) — три дня полного голодания, после чего инъекции инсулина в амбулаторных условиях. В 1973 г. лечилась иглоукалыванием, наркогипнозом и амиталом в НИИ им. В. М. Бехтерева, где находилась восемь месяцев. Поступила в клинику с весом 37 кг, выписалась с весом 30 кг. По-прежнему рвота отмечалась после каждого приема пищи. Чтобы уменьшить возможность появления рвот и тошнот, стала ограничивать себя в приеме пищи, что было совсем не трудно, так как аппетит был сниженным и страданий от голода больная не испытывала. В НИИ им. В.М.Бехтерева больной была оформлена инвалидность II группы. В январе 1975 г. по совету лечащего врача диспансера при весе 28 кг вышла замуж за человека, которого не любила, но ценила как верного друга. Мужа считала мягкотелым, безвольным, всячески помыкала им, ни в чем не встречая даже намека на отпор. После первого поцелуя мужа долго мыла губы мылом. С замужеством состояние больной еще

больше ухудшилось. С ужасом ожидала первую брачную ночь. При попытке мужа совершить коитус у больной потемнело в глазах, «перестало пульсировать сердце», перехватило дыхание, «потеряла сознание». На следующую ночь ситуация повторилась. И все последующие ночи тоже. Больная активно избегала ночного общения с мужем, когда он подходил к кровати — «всю трясло от страха», появлялся ком в горле, перехватывало дыхание, притворялась спящей или же пряталась в туалете. Иногда «читала запоем» до 3 ч ночи, дожидаясь, когда муж уснет. Если муж уходил в ночную смену, была «необычайно счастлива» и даже почти хорошо ела. Иногда во время особенно настойчивых сексуальных притязаниях мужа у больной мгновенно возникала рвота, падало давление. Приходилось вызывать «Скорую помощь». Последнее, по мнению больной, было наиболее эффективным средством сдерживания мужа. Днем с мужем была чрезмерно нежна, очень заботлива, ласкова. Была убеждена, что любит мужа «платонической любовью».

По-прежнему после каждого приема пищи у больной возникала рвота. В связи с ухудшением состояния она вновь была стационирована в отделение неврозов НИИ им. В.М.Бехтерева, однако лечение было неэффективным. По просьбе профессоров Карвасарского и Тонконогого больная была направлена на консультацию и лечение на кафедру психиатрии Университета дружбы народов с диагнозом «Нервная анорексия». Была стационирована в больницу им. З.П.Соловьева 20 апреля 1976 г.

Физическое состояние: резкое истощение, вес 37 кг, рост 1.58 см. Подкожно-жировая клетчатка полностью отсутствует. Кожа бледная, холодная. Заеды в уголках рта. Мышцы истончены. Слоятся ногти. Кариозные зубы. АД 60/30 мм рт.ст., иногда нижнее не определяется. Брадикардия, пульс 50 уд./мин. Самостоятельного стула без приема слабительных не бывает. Гастроэнтероптоз. Заключение терапевта: выраженный упадок питания, истощение, сосудистая недостаточность как следствие основного заболевания.

Заключение гинеколога: вирго, дисфункция яичников. Нервная система: вегетососудистая недостаточность. Психическое состояние: больная в ясном сознании, ориентирована правильно. Доставлена с Ленинградского вокзала на носилках (отмечается выраженный симптом астезии-абазии). Говорит детским голосом с модуляциями десятилетней девочки. Выглядит значительно моложе паспортного возраста. Капризна, эгоцентрична. Совершенно не верит в лечение, «мягко», но жестко диктует врачу схему своего лечения, пытается сама назначать или отменять себе лекарства и процедуры. После каждого приема пищи у больной отмечается обильная рвота. Почти ничего не ест (зачем есть — все равно вырвет). Под кроватью держит ведро для рвотных масс. Не встает с постели, объясняет это слабостью. Часто рыдает, в горле постоянное ощущение кома, который мешает есть и говорить. Периодически пропадает голос и тогда больная разговаривает драматическим шепотом. Поведение демонстративное, рассчитанное на особое к ней отношение. В отделении ей все абсолютно не нравится, «в Ленинграде все было лучше». Сопротивляется лечению, если оно противоречит ее установкам.

В начале лечения были использованы все известные для купирования истерической симптоматики методы воздействия: аминазин, этаперазин, гипноз, наркогипноз, суггестия в бодрствующем состоянии и пр. Однако эффекта от лечения не было, удалось лишь за месяц снять астезию-абазию. Однако рвоты сохранялись. В последующем был использован метод катарсиса и свободных ассоциаций с последующим анализом высказываний больной. Метод проводился ежедневно по 2—3 ч. Примерно через неделю во время анализа переживаний и высказываний больная неожиданно «вспомнила» причину своей самой первой рвоты (ранее причину рвот она понять и объяснить не могла, очевидно, полностью вытеснила в подсознательное и амнезировала), тут же последовала мощная рвотная реакция, но это была последняя рвота. Больной было объяснен и символический характер ее рвоты и то, что она таким образом выражает свое отношение к мужскому полу и половому акту. Как уже указывалось, следствием отреагирования больной было полное прекращение рвот. Однако она продолжала плохо есть, что свидетельствовало о неполной осознанности и разрешенности конфликта. В дальнейшем при помощи плацебо-эффекта улучшился аппетит, стала лучше есть и поправляться в весе. Больная сообщила врачу, что ее крайне волнует тот факт, что, прожив с мужем 1,5 года, она остается девственницей, более того, выявляла выраженную коитофобию. После соответствующих психотерапевтических бесед не столько с больной, сколько с ее мужем (с использованием анатомических атласов Синельникова) больная была частично дефлорирована.

Перед этим больная, никогда ранее не принимавшая алкоголь, выпила стакан коньяка, чтобы «нейтрализовать страх» (кстати, другой стакан, но с той же целью выпил ее муж). Во время полового акта больная «теряла сознание», под утро вызвала «Неотложную помощь» из-за приступа рвоты и общей слабости. Утром некоторое время также выявлялись элементы астезии-абазии. После отъезда мужа (он специально вызывался из Ленинграда) у нее вновь улучшилось настроение и состояние, хорошо ела, рвот и тошноты не было. Поправилась на 5 кг. В таком состоянии была выписана из клиники и вернулась домой. Больная была вынуждена жить в квартире свекрови, властной, жесткой, грубой женщины, активно вмешивающейся во все ее дела. Свекровь постоянно упрекала больную в хилости, слабости, решительно пресекала попытки занять позицию лидера в новой семье.

Уже само присутствие свекрови, а не только ее слова, раздражали больную. Муж в конфликтных ситуациях занимал нейтральную позицию. Половая жизнь у больной не сложилась. Вновь испытывала выраженные коитофобические переживания, придумывала различные отговорки, специально долго читала или до полуночи сидела в туалете, ссылаясь на запоры. В то же время переживала это, хотела иметь детей (при этом постоянно завидовала Деве Марии, зачавшей «без постели»).

Катамнез спустя семь лет. Больной удалось-таки забеременеть и родить сына. Полностью переключилась на ребенка, воспитывает его как кумира семьи. По-прежнему конфликтует с мужем, которого не любит, но вынуждена

терпеть. После того как умерла свекровь, стала периодически бить мужа, особенно, если он выявлял какие-то сексуальные притязания. Стала грубой, раздражительной, при этом сама страдает от своей грубости, понимает, что это не ее стиль жизни и поведения. Рвот больше не отмечает.

Анализируя данное наблюдение, следует обратить внимание на патологическую наследственность по обеим линиям и перенесенное в семь месяцев сотрясение мозга с потерей сознания. Подобный органический фон во многом определял в дальнейшем особенности истерической симптоматики. У больной с детства проявлялись отчетливые истерические черты личности. После непоступления в институт развилась депрессия, во время которой плохо ела, жаловалась на сниженный аппетит и плохой сон (первый этап психосоматоза). На фоне вялой депрессии повторная психическая травма (измена молодого человека) оказалась для больной сверхсильной. Она не только интенсифицировала функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (появление выраженной тошноты и рвоты), но и способствовала возникновению пышной истерической симтоматики (перехватило дыхание, на некоторое время ухудшилось зрение, пропал голос, появились элементы астезии-абазии). С того времени любое воспоминание об этом человека вызывало у нее тошноту и рвоту. А поскольку думала она об этом постоянно, в том числе и во время приема пищи, рвота замкнулась именно на приеме пищи (этап психосоматических реакций). В дальнейшем больная полностью амнезировала эпизод с изменой и связывала рвоты только с приемом пищи.

Рвота, как водится, стала привычной формой реагирования на стресс. Кроме того, стали появляться боли в сердце, кожный зуд, повышение артериального давления (полисистемные психосоматические циклы). Происходило и усиление симптоматики истерического типа поведения, особенно после неудачного замужества: останавливалось сердце, теряла сознание, т.е. отмечались истерические припадки, астезия-абазия, афония, вирилизм, коитофобия.

Кроме усиления истерических характерологических черт появились и новые для нее особенности личности — конфликтность, злобность, агрессивность, особенно по отношению к мужу, которого она после смерти свекрови периодически избивала (этап психопатизации).

Таким образом, данное наблюдение можно квалифицировать, как истерический вариант психосоматического развития личности.

Как уже указывалось, у 50% мужчин в основе неврогенной рвоты лежали сексуальные проблемы (главным образом, снижение потенции). Примером может служить следующее наблюдение.

Больной Р., 1957 г. р., выходец с Кавказа. Поступил в Клинику неврозов (больница им. З.П.Соловьева) 24 марта 1980 г. переводом из гастроэнтерологического отделения Центральной республиканской больницы Минздрава РСФСР с диагнозом: привычная рвота.

Анамнез собран со слов больного, плохо знающего русский язык. Наследственность якобы не отягощена, раннее развитие без особенностей, за исключением того, что иногда отмечались рвоты. В детстве перенес тяжелую

глистную инвазию со стойкой рвотой. В школе с семи лет, окончил 10 классов, 6 месяцев учился в строительном техникуме, но учебу оставил, так как будущая специальность не нравилась. В армии не служил — «откупился». По характеру злобный, мстительный, долго помнит обиды, вспыльчивый. Считает себя больным с 1975 г., когда по договору уехал из г. Нальчика в Магаданскую область, в артель золотоискателей. Работа не нравилась, но «хотелось заработать большие деньги». В конце 1975 г. после незначительного конфликта на работе возникла неукротимая рвота, длившаяся в течение 20 дней. Рвота купировалась раствором «какого-то крепкого чая». Продолжал работать на севере. В ноябре 1979 г. приехал домой в отпуск. Родственники обратили внимание на его необычную тоскливость. Спустя несколько дней на фоне перенесенного гриппа вновь возникла рвотная реакция, которая повторялась после каждого приема пищи. Худел на 1 кг в день. Все дни находился в постели, собиравшиеся вокруг него женщины по традиции голосили, что он умирает. Настроение еще более ухудшилось, появилась выраженная слабость, бессонница, феномен раннего пробуждения. Похудел на 23 кг.

Лечился в местной терапевтической больнице, но эффекта от лечения не было. Был направлен в Москву в ЦРБ Минздрава РСФСР, где кроме хронического гастрита и колита никакой патологии не выявили. Был консультирован психиатром и с диагнозом «возможно рефлекторный характер рвоты» был переведен в Клинику неврозов. При поступлении жаловался на рвоту и большую вспыльчивость, не столь характерную для него раньше. Настроение снижено, подавлен, тревожен, ищет помощи, настроен на лечение. Тем не менее анамнестические сведения сообщает крайне неохотно, формально, односложно: «все нормально». В течение нескольких дней, несмотря на ежедневную гипнотерапию, применение аминазина и этаперазина, рвотная реакция сохранялась. Больной оставался недоступным. Создавалось впечатление, что истинную причину рвоты больной или амнезировал или же скрывает. Наконец, примерно через месяц, во время сеанса гипноза (вторая стадия по Форелю) ему было императивно предложено вспомнить самый неприятный эпизод 1975 г. Больной вздрогнул и схватился за горло, как он обычно делал перед рвотой. Он императивно был выведен из гипноза, начавшаяся рвотная реакция тут же прекратилась и больной начал говорить. Оказалось, что в начале 1975 г. (17 лет) после первого, неудачного для него полового акта он подвергся грубому осмеянию со стороны более опытной партнерши, которая стала называть его импотентом. Очень переживал случившееся, снизилось настроение. Постепенно стала исчезать утренняя эрекция, пытался мастурбировать, но эрекция не вызывалась. Несколько раз, чтобы проверить себя, пытался вступить в половые контакты с более пожилыми одинокими женщинами, но достаточной эрекции не было ни разу. Стал думать о себе как об импотенте, «а для него как для кавказца это подобно смерти». Именно тогда и появилась первая рвота и запор. Специально завербовался на север, чтобы «время все вылечило», перестал курить и принимать алкоголь, пытался самостоятельно лечиться медом и настоями трав, но эффекта не было. О своих проблемах никому не говорил, так как для него

это как для мужчины — «позор». Рвоты на севере прошли, но оставался сильный запор, который усиливался при стрессовых ситуациях. Постоянно психологически перерабатывал свою «главную проблему», не мог найти выхода. Настроение было постоянно подавленным.

В 1979 г., по приезде в отпуск в Нальчик, уже на следующий день пытался вступить в половую связь, но потерпел неудачу, так как эрекции вообще никакой не было. Сразу после этого появилась рвота и вновь усилились запоры. Значительно интенсифицировалась депрессия. Появились мысли о самоубийстве. В то же время боялся смерти, требовал от родственников помещения его в стационар Нальчика, а потом и в Москву. Свое состояние не связывал с сексуальными расстройствами, никому об этом не говорил, в том числе и врачам. Более того, по всей вероятности вытеснил эту информацию в подсознательное.

В отделении в процессе комплексного медикаментозного и психотерапевтического воздействия рвоты были практически сняты. Однако, когда больной получил воскресный отпуск, он попытался вступить в половой акт, но вновь потерпел неудачу. Рвотная реакция возобновилась. После ее купирования настроение ровное, состояние удовлетворительное. Поправился в весе на 7 кг, появились утренние спонтанные эрекции. После прохождения курса лечения направлен на продолжение лечения к сексопатологу.

Катамнез спустя год (по телефону). К сексопатологу не обращался, так как «это позор для мужчины». Эрекция не восстановилась, поэтому вновь появились рвоты, которые больной купирует этаперазином.

За год несколько раз «умирал» — отнимались руки и ноги, терял зрение и слух, отмечались явления астезии-абазии.

Для коррекции характерологических нарушений (взрывчатость, раздражительность, истерическое реагирование), к которым, кстати сказать, относится с критикой, принимает аминазин.

Диагноз: психосоматическое развитие личности, истерический вариант.

В данном случае у молодого человека после первого неудачного полового акта и психогении по этому поводу развилась одновременно депрессия и психогенная импотенция. Последняя, учитывая культуральные особенности, оказалась сверхзначимой для личности.

Вероятно, поэтому она достаточно быстро вытесняется в подсознательное. Ее неприятие, негативное отношение к импотенции выражается чисто символически — рвотой, с одной стороны, и запорами (т.е. «крутым стулом»), с другой. Несомненно рвота является неосознанным криком, воплем о помощи, а крутой стул и его задержка символизируют желание иметь достаточно хорошую эрекцию. Тем не менее вытеснение очевидно не было полным, так как у больного появилась депрессия, которая в общей сложности держалась около четырех лет. На этом фоне постоянно отмечался психогенный запор (запорный вариант синдрома раздраженной толстой кишки, весьма интимно связанной именно с проблемами сексуального порядка) и психогенные рвоты. В процессе заболевания проявлялись и характерологические нарушения в виде усиления имевшихся и появления

новых (истерических) патохарактерологических расстройств. Это говорит об изменении личности, однако к этим изменениям у больного есть критика, что говорит против патохарактерологического или психопатического развития.

Психосоматическое развитие личности в данном случае происходит на фоне психогенной депрессии, быстро развиваются полисистемные психосоматические циклы, нередко минуя стадию психосоматических реакций. Или же эта стадия была достаточно кратковременна. В психосоматический процесс оказалась вовлеченной сексуальная сфера и желудочно-кишечный тракт. При этом основной патологией, естественно, следует считать сексуальное расстройство, ибо рвота и запоры являлись своего рода воплем личности о помощи (своего рода языком органов) и проявлением неприятия основного заболевания и «рвотного» отношения к нему.

Отнесение этого варианта к истерическому основано на механизмах истерического вытеснения и замещения, истерической полуамнезии этого расстройства и возможной актуализации и осознания его при перенесении в сознательное в гипнотическом состоянии.

Таким образом, длительные психогенные тошноты и рвоты являются проявлением психосоматического развития личности, в динамике которого выделено четыре этапа: этап (невротической) депрессии; этап психосоматических реакций; этап психосоматических циклов (моно- и полисистемных); этап психопатизации. По последнему этапу выделены ипохондрический (чаще) и истерический (в 3,5 раза реже) варианты психосоматического развития личности. По своей динамике и критическому отношению к характерологическим изменениям психосоматическое развитие личности сближается с невротическим.

Синдром психогенной гастралгии

Гастралгия наряду с неврогенными тошнотами и рвотами — это проявление так называемого синдрома раздраженного желудка. Человек чувствует острую боль в желудке, напоминающую язвенную, но возникающую только в ситуации сильного стресса. Болезненные ощущения при этом могут сопровождаться выраженной вегетативной симптоматикой с гипоталамическими включениями. Заболевание чаще отмечается у женщин в возрастном отрезке между 20 и 40 годами. Практически в каждом случае выявляется наследственная отягощенность психосоматозами, особенно у женщин, а также другими заболеваниями пищеварительной системы.

Данные о патологической наследственности следует расценивать как определенный фактор риска для обследованных больных.

У больных психогенной гастралгией с первых дней жизни выявлялись симптомы детской невропатии. В настоящее время детская невропатия квалифицируется как аномалия нервно-психического развития, этиологически связанная либо с генетическими факторами, либо с экзогенными воздействиями во внутриутробном периоде [20]. Считается, что в ее основе лежит функциональная недостаточность вегетативной регуляции [19]. По мнению

А.И.Захарова [12], в генезе невропатии важную роль могут также играть переживания матери во время беременности. Это особенно важно, если учесть, что в большинстве наблюдений внутрисемейный конфликт существовал задолго до рождения ребенка.

Патогенная роль невропатии, как уже указывалось, заключается в изменении реактивности организма и ослаблении его защитных функций. Воздействие стресса на такого ребенка всегда бывает соматотропным. Проявления невропатии типичны: снижение или отсутствие сосательного рефлекса, сниженный аппетит или полное его отсутствие, высокая готовность к тошноте и рвоте, избирательность в еде, непереносимость некоторых продуктов, диатез. Кроме того, характерна общая возбудимость, плохой сон, повышенная капризность. Все дети с детства в той или иной форме подвергались насильственному кормлению, поэтому у них, как и у страдающих дисфагиями и рвотами, пища с детства ассоциировалась с насилием и вызывала только отрицательные эмоции. Излишняя эмоциональная фиксированность на еде в дальнейшем несомненно могла реактивироваться в стрессовых условиях, сходных с пережитым в детстве. Плохой аппетит и недостаточное питание в первые годы жизни обусловливали слабость защитных сил организма, изменения его реактивности, следствием чего была серия детских заболеваний различного генеза, протекавших тяжело. Поэтому воспитание детей происходило в условиях гиперопеки и протекционизма. Ослабление признаков невропатии отмечалось в первые школьные годы, но полностью она никогда не проходила, т. е. единичные ее проявления могли отмечаться еще достаточно долго. Другими словами, отмечалась повышенная психосоматическая готовность.

Преморбидно больные этой группы однотипны. Это люди с повышенной тревожностью и неуверенностью в своих силах, ранимые и эмоциональные, но неспособные выявлять свои эмоции вовне, стеснительные и самолюбивые, с большим чувством долга и ответственности, не признающие половинчатых решений, ригидные и упрямые. В неблагоприятных условиях они быстро теряются, дают панические реакции, нуждаются в защите и протекции. В ситуации фрустрации всегда выявляют только интрапунитивный тип реагирования.

В целом для них характерен пассивно-оборонительный стиль жизни.

Личностные особенности этих больных в количественном выражении в сравнении с нормативными показателями представлены в табл.4.

Из таблицы следует, что почти по всем обсуждаемым личностным особенностям больные гастралгией с высокой степенью достоверности отличаются от здоровых. Одной из главных характерологических особенностей является выраженная тревожность, у мужчин она составляет 31,2, у женщин — 32,65 усл. ед. Как уже указывалось, тревожность состоит из трех составляющих — соматической, нервной и социальной. Изучение этих составляющих показало, что у мужчин соматическая тревожность составляет 53 % от максимально возможной, нервная — 55 % и социальная — 75 %. У женщин эти показатели составляли, соответственно, 61, 65 и 75 *%,* т. е. социальный

компонент позволяет говорить о тревожности как черте личности. Это и определяет относительно низкие показатели экстраверсии, низкую коммуникабельность и более низкие, чем в норме, показатели истерии.

Таблица 4

Личностные особенности больных гастралгиями

Тест	Черты личности	Больные	Здоровые	Р
Айзенка	Экстраверсия	9,8+0,3	11,0+0,6	>0,05
	Невротизм	20,0+0,3	8,8+0,6	<0,001
M.H.Q.	Анксиозность	11,9+0,4	3,7+0,4	<0,001
	Склонность к фобиям	7,6+0,4	4,0+0,6	<0,05
	Склонность к обсессиям	11,0+0,4	5,2+0,4	<0,001
	Соматизация аффекта	10,1+0,5	2,8+0,6	<0,001
	Склонность к депрессии	8,3+0,4	2,7+0,5	<0,001
	Истерические черты	6,8+0,5	7,9+0,3	>0,05
Тейлор	Тревожность	32,62+1,0	до 13	<0,001
H.D.H.Q.	Враждебность	22,0+0,8	13,1+0,4	<0,001
	Интрапунитивность	17,1+0,7	8,6+0,2	<0,001
	Экстрапунитивность	10,75+0,7	8,2+0,3	<0,05

Важным личностным компонентом больных гастралгиями является высокий уровень враждебности, почти в 2 раза превышающий норму, интрапунитивности ($P < 0{,}001$) и направленность враждебности на себя, что соответствует активности процесса соматизации аффекта. По тесту жизненных событий показатель отрицательных событий в течение предыдущего заболеванию года составлял у пациентов примерно 300 единиц, что является типичным для больных психосоматического профиля.

Анамнез свидетельствует о том, что началу заболевания предшествовала длительная психотравмирующая ситуация. Как и у других больных психосоматозами желудочно-кишечного тракта, зоной конфликтов у женщин были внутрисемейные отношения, у мужчин — чаще производственные. При этом в первом случае доминировали трудности взаимоотношений между супругами или дисгармонические отношения с другими членами семьи, а также сексуальные проблемы между супругами. Об этом, в частности, свидетельствует индекс нестабильности брака, который в группе замужних женщин составлял 53,4 + 3,0 %. Сложные, драматические отношения между супругами особенно отчетливо проявлялись в тесте незаконченных предложений. Приведем несколько примеров. «По сравнению с большинством других семей моя семья... не семья, а плохая коммуналка. Супружеская жизнь кажется мне... каторгой. Моей самой большой ошибкой было... это идиотское замужество. Самое худшее, что мне пришлось совершить... это мой брак. Моим скрытым желанием в жизни является... мечта избавиться от свекрови. Больше

всего я хотела бы в жизни... развестись с мужем, но жалко детей».

Отрицательное отношение к мужу во многом базируется на сексуальной неудовлетворенности. «Если бы у меня была нормальная половая жизнь... я была бы совершенно здорова и спокойна. Считаю, что большинство мужчин... импотенты. Моя половая жизнь... совершенно меня не устраивает». У незамужних и разведенных женщин мощной психической травмой является сам факт отсутствия семьи и (учитывая пониженную самооценку) малая вероятность ее создания. «Больше всего в жизни я хотела бы... завести хорошую семью. Моим скрытым желанием является... потребность в муже и ребенке. Хотелось бы перестать бояться... остаться старой девой». У мужчин ведущим конфликтом была психотравмирующая ситуация на работе (конфликт с начальством или сотрудниками, конфликт, обусловленный высоким уровнем притязания и невозможность его реализации, неудовлетворенность профессией, неправильная или неумелая организация труда, несоответствие занимаемой должности и т.д.). Приведем несколько примеров из теста незаконченных предложений. «Моей самой большой ошибкой был... неправильный выбор профессии. Я всегда хотел... занимать высокое положение в нашем НИИ. Больше всего я хотел бы в жизни... взаимопонимания с сотрудниками. Когда ко мне приближается мой начальник... я мысленно его четвертую. Мое начальство... сплошные свиньи в ермолках. Думаю, что достаточно способен... чтобы возглавлять отдел. Моим скрытым желанием в жизни является... желание занять место директора». Кроме того, у одной трети пациентов в качестве психотравмирующей ситуации являлось увядание половой функции. «Моя половая жизнь... — по нулям. Если бы у меня была нормальная половая жизнь... я был бы здоров, как бык». Именно у этих пациентов из-за сексуального конфликта индекс нестабильности брака составлял 38,6 + 3,6 усл.ед. У остальных 70 % — всего 15 %, что соответствует нормативным показателям. Еще раз подчеркнем, что основной зоной конфликтов у мужчин были производственные отношения.

Психотравмирующая ситуация у большинства больных носила не разовый, а хронический, длительный характер. Это, естественно, не исключало появление новых стрессовых воздействий, ложившихся на уже имеющуюся длительную конфликтную ситуацию. Результатом хронического стресса было развитие невротической депрессии в виде дистимии, нарушения сна, феномена раннего пробуждения, снижения аппетита, потребности в социальных контактах и развлечениях. Необходимо особо подчеркнуть, что моторный и идеаторный компоненты депрессии были практически не выражены (дисгармоническая триада депрессии, по О. П. Вертоградовой [7]). Не отмечалось также сезонного и суточного колебания аффекта. При этом в депрессии всегда звучала тема психотравмирующей ситуации. На фоне этой депрессии (которая по существу уже является первым этапом психосоматического заболевания) уже через несколько месяцев начинается реактивация симптоматики детской невропатии в виде единичных эпизодов рвоты, тошноты, дисфагии. Но ведущее место среди этой симптоматики с самого начала занимала гастралгия — ощущение боли в желудке, которая не

связана с пищевым поведением, а напрямую зависит от эмоционального воздействия. Другими словами, отрицательные эмоции стрессового порядка вызывают появление боли в желудке, которая может сопровождаться тошнотой и рвотой, хотя чаще всего этого не бывает. У больных гастралгией этапы психосоматических реакций и психосоматических циклов практически сливаются в одно целое, при этом формирование этапа моносистемного психосоматического цикла с генерализованной реакцией всего желудочно-кишечного тракта происходит достаточно быстро.

Корреляционный анализ в группе больных гастралгиями показал четкую зависимость начала заболевания от депрессии, тревоги, обсессивно-фобических переживаний, нестабильности брака и невротизма, обусловленного психотравмирующей ситуацией в семье. Более того, эти параметры в значительной степени определяют длительность заболевания, а показатель враждебности и, в частности экстрапунитивность, свидетельствуют о нарастании психопатических особенностей характера. Данные, полученные корреляционным анализом, подтверждаются результатами обследования больных при помощи MMPI. Код больных мужчин составлял 1,2,7. Такой код чаще всего отмечается у больных с ипохондрическим развитием личности. Для пациентов характерна депрессия, затруднения в социальных контактах, тревога за свое здоровье. В соматических жалобах преломляется ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих, неудовлетворенная симбиотическая тенденция. Значимость этих жалоб подчеркивается их связью с жизненно важными функциями.

У женщин код MMPI составлял 2,1,3. У больных с таким профилем отмечаются жалобы на боли в эпигастральной области, склонность к ипохондрической фиксации, напряженность, подавленное настроение, тревожность.

Эти данные соответствуют результатам теста самооценки. Если до заболевания больные оценивали свое «здоровье» на 90%, «счастье» — 90%, «ум» — 60%, «характер» — 70%, то в процессе заболевания количественные оценки указанных параметров резко снизились (соответственно — 30, 20, 50 и 40%). В первом, втором и четвертом случаях разница статистически достоверна на уровне $P < 0,05$. И хотя ясно, что на эти результаты накладывает свой отпечаток депрессия, несомненно, что у всех больных параметр «здоровья» во время болезни стал доминировать над всеми остальными. Особенно связано со здоровьем понятие «счастье», показатель которого снизился с 90 до 20%. Само «здоровье» сократилось с 90 до 30%.

Следовательно, все больные оценивали состояние своего здоровья как чрезвычайно тяжелое, несущее угрозу жизни. Больные также снизили оценку своего «ума». Они говорили об интеллектуальном снижении, что, по их мнению, выражалось в отсутствии творческого роста, сокращении интересов, обусловленных наличием болезни. Несомненно, что реального снижения интеллекта у больных не было, а «творческий рост» у них в это время наблюдался в сфере приобретения все новых и новых медицинских знаний, связанных со своим заболеванием. Статистически значимо снизились цифры по

оценке своего «характера» (70 и 40%). Сами больные отмечают ухудшение характера в виде нарастания злобности, агрессивности, повышенной раздражительности, потери самоконтроля, «дотошности» (паранойяльности), стремлении пойти на все ради своего здоровья. Это в реальности соответствует нарастанию психопатизации, весьма характерной для психосоматического развития личности.

Появление болей в желудке, острых и продолжительных, вызывало у больных подозрение о наличии у них онкологического заболевания или, по меньшей мере, язвенной болезни. Однако многочисленные обследования, анализы и консультации в лучшем случае позволяли обнаружить у больных банальный гастрит, который хотя и может давать болевые ощущения, но значительно отличающиеся от гастралгических. В большей же части случаев га-строскопическое и рентгенологическое обследования не выявляли никакой органической патологии желудка или двенадцатиперстной кишки. Тем не менее больные, испытывая гастралгические боли, настаивали на дополнительных обследованиях, требовали все новых и новых консультаций, не верили врачам. В подавляющем большинстве, как уже указывалось, пациенты подозревали у себя злокачественную опухоль. Наличие канцерофобии сопровождалось колоссальным внутренним напряжением, тревогой. Больные с надеждой шли на очередную консультацию и, получив заверение в отсутствии у них рака, успокаивались, но лишь до следующей гастралгической боли, которая нередко возникала по механизмам невроза ожидания. Появление боли вновь актуализировало мысль о наличии тяжелого неизлечимого заболевания. Сильное эмоциональное напряжение приводило в ряде случаев вначале к кратковременному, а затем и стойкому повышению артериального давления или другим проявлениям вторичного психосоматоза (нейродермит, кожный зуд, снижение либидо, импотенция и т.д.).

Появление вторичного психосоматоза свидетельствует о формировании полисистемных психосоматических циклов, когда в патологический процесс вовлекается уже не только желудочно-кишечный тракт, но и сердечно-сосудистая, мочеполовая и другие системы. Это происходит вследствие того, что длительное течение первичного психосоматоза приводит к снижению толерантности к стрессу, в результате чего индифферентные ранее раздражители становятся для личности патогенными, что в свою очередь приводит к расширению репертуара психосоматического реагирования.

Необходимо подчеркнуть, что длительное течение заболевания заметно сказывается на характерологических особенностях больных. Постепенно они становятся излишне раздражительными, злобными, конфликтными, недоверчивыми, подозрительными, агрессивными. В ситуации фрустрации вместо обычных интрапунитивных все чаще дают экстрапунитивные реакции с направленностью враждебности уже вовне, т. е. на других, чаще всего на медицинский персонал, а еще точнее — на врачей, которые «по небрежности или незнанию» не могут обнаружить у больных онкологическое заболевание. Таким образом, формируются патохарактерологические нарушения личности (психопатизация является четвертым этапом психосоматического развития

личности).

У этой группы больных формируется только один вариант психосоматического развития (клиника которого описана выше), а именно — ипохондрический. При этом, как уже указывалось, больные убеждены в наличии у них злокачественной опухоли. Утверждения эти сопровождаются цепью формально логических доказательств, ипохондрические переживания при этом полностью овладевают человеком. Поведение также определяется патологической идеей, больные постоянно посещают онкологов, рентгенологов, хирургов, проводят различные анализы и обследования. Отрицательные результаты анализов приносят им некоторое облегчение, но только до очередного приступа гастралгии. Они также погружаются в соответствующую медицинскую литературу, где, как правило, находят подтверждение своим подозрениям. Однако следует особо подчеркнуть, что, несмотря на канцерофобическую охваченность, больные проявляют определенную критику к своим переживаниям и своим личностным изменениям. Приведем клиническое наблюдение.

Больная С., 1953 г. р., работает диспетчером в одном из московских НИИ. Поступила в Клинику неврозов 16/XI 1984 г. по направлению из Онкологического центра.

Анамнез: родилась в Москве в семье служащих. Единственный ребенок. Мать страдала холециститом, миомой матки, ИБС, умерла от сердечной недостаточности в 1981 г. Отец жив, страдает язвенной и гипертонической болезнями, появившимися у него после смерти жены. Беременность матери нашей больной протекала с выраженным токсикозом во время всего срока. Роды длительные, сухие, девочка родилась в синей асфиксии, но закричала сразу. Был снижен сосательный рефлекс, плохо ела, часто срыгивала, плохо набирала вес. Кормили насильно. В детстве много и часто болела, особенно простудными заболеваниями. В школе с семи лет, училась хорошо. По характеру была замкнутой, стеснительной, тревожной, мнительной, послушной, робкой. В школе перед экзаменами нередко появлялась одномоментная тошнота, рвота или понос (особенно перед выпускными экзаменами).

По окончании школы работала сначала библиотекарем, а затем диспетчером в НИИ. В 22 года вышла замуж, живет с мужем, сыном и свекровью в двухкомнатной квартире.

Считает себя больной с 1981 г., когда у нее внезапно умерла мать. Сразу же снизилось настроение, плохо спала, почти ничего не могла есть, испытывала тошноту и нерезкую боль в желудке. Часто плакала, во сне постоянно видела живой свою мать, обвиняла себя в том, что была плохой дочерью. Перестала ходить на работу, лежала на диване, отвернувшись к стене, ни с кем не разговаривала. Окружающие расценивали все это как проявление тоски по умершей матери. Однако время шло, а состояние не улучшалось. Более того, болезнь усложнилась дополнительными симптомами: появились головные боли, боль в сердце, тахикардия. Больная обратилась к терапевту, но никакой патологии выявлено не было. Со временем боли в желудке стали усиливаться и учащаться. Они впервые, как уже указывалось, появились после смерти матери

и усиливались, когда больная вспоминала об обстоятельствах ее смерти (мать умерла на руках больной в течение нескольких минут). Кроме того, учащение боли в желудке совпало со значительным ухудшением отношений со свекровью, всегда недолюбливавшей жену сына. Свекровь считала ее симулянткой и говорила об этом всем, в том числе и врачам.

В конфликтной ситуацией со свекровью больная пыталась опереться на мужа, но он занял нейтральную позицию, так как не хотел ссориться с матерью. После этого состояние больной еще более ухудшилось, часто, особенно в ночное время, вызывала «Скорую помощь». Несколько раз ее забирали в стационар, но уже через 2—3 дня после проведения соответствующих обследований выписывали с рекомендациями обратиться к невропатологу. Боль в желудке была интенсивной, не зависела от приема и качества пищи и всегда провоцировалась скандалом со свекровью или мужем. Уже не могла сдерживаться, сама первая начинала ссору, кричала на свекровь, топала ногами, угрожала ей так, что свекровь стала ее бояться.

Не получив помощи от врачей, больная решила сама заняться своим здоровьем, многократно посещала платные поликлиники, много раз делала гастро- и дуоденоскопию, рентгенографию желудка.

Поскольку результаты всех обследований были негативные, а боль в желудке не проходила и даже усиливалась от малейшей неприятности, больная решила, что у нее не язвенная болезнь, о чем она вначале думала, а какая-то необычная локализация рака желудка, который не может быть обнаружен рутинными методами. Купила учебник онкологии, тщательно изучала раздел новообразований желудка и двенадцатиперстной кишки, находила у себя многие из описанных там симптомов. В таких случаях возникали состояния паники, тревоги, во время которых у нее открывался понос, который, кстати говоря, больная также расценивала как один из симптомов рака. Еще с большим упорством стала посещать врачей, доказывать им, что у нее рак желудка. После беседы с врачами успокаивалась, понимала беспочвенность своих опасений и страхов, с критикой относилась к своим переживаниям, допускала мысль о том, что у нее, возможно, расстроена нервная система, однако идти к психиатру опасалась, боясь дать новое оружие свекрови против себя. Однако новый приступ гастралгии вновь приводил ее в отчаяние, и начинался очередной цикл хождения по онкологам и рентгенологам. В результате постоянного нервного напряжения у больной стали появляться приступы повышения артериального давления, тахикардия и вновь боли в сердце. Стала раздражительной, несдержанной в выражениях, в скандалах со свекровью и мужем начинала одерживать победы, нарастала злобность, мстительность. Ранее чуткая и деликатная, стала кричать на врачей, обвиняла их в низкой квалификации, писала на них жалобы руководству больницы и Минздрава. Постоянно прислушивалась к своим внутренним ощущениям, все их интерпретировала как проявление рака.

При поступлении: соматическое состояние из-за пониженного питания (за последний год похудела на 8 кг — «один из главных признаков рака»), кожные покровы бледные, серовато-землистого цвета. Тоны сердца

приглушены. Артериальное давление 150/100 мм рт.ст. В остальном — без патологии.

Психическое состояние: настроение подавленное, выражение лица грустное, в глазах — отчаяние. Охотно вступает в беседу, подробно рассказывает о своих многочисленных обследованиях и консультациях. Опасается, что у нее, возможно, рак, так как «все симптомы совпадают». Вместе с тем страстно хотела бы, чтобы ее в этом разубедили. Испытывает боль в желудке, которая провоцируется неприятностями, постоянно прислушивается к своим ощущениям, всегда односторонне их объясняя. В конце беседы раздражается, повышает голос, пытается диктовать врачу свои условия. В отделении конфликтует с больными, медицинским персоналом, хотя через некоторое время просит у них прощения. Требует к себе особого отношения, как к тяжелой больной. Вне приступов боли с критикой относится к «своему раку».

При психологическом обследовании выявлены высокие цифры анксиозности (15 ед. при норме 3,7 + 0,4, $P < 0{,}001$), склонности к образованию фобий (11,0 ед. при норме 4,0 + 0,6, $P < 0{,}001$) и обсессий (13 ед. при норме 5,2 + 0,4, $P < 0{,}001$), соматизации аффекта (9,0 ед. при норме 2,82 + 0,62, $P < 0{,}001$), депрессии (7,0 при норме 2,67 + 0,45, $P < 0{,}001$). Истерические черты были ниже нормативных показателей (6,0 ед. при норме 7,9 + 0,23, $P < 0{,}05$). Тревожность по методике Тейлор составляла 36 усл. ед., что почти в 3 раза превышает показатель нормы. Характерно, что из трех составляющих тревожности (соматическая, нервная и социальная) первая составляла 90% от максимально возможной, вторая — 65 %, а третья — 77 %. Из этого следует, что больная больше всего озабочена своим соматическим состоянием, что соответствует тематике ее патологических переживаний. У больной выявлен также высокий невротизм (20 ед. при норме 8,8 + 0,6, $P < 0{,}001$), сниженная экстраверсия (7 ед. при норме! 1,0 + 0,6, $P < 0{,}05$). Был достаточно высоким и индекс нестабильности брака (56 %), что отражает актуальность психотравмирующей ситуации в семье. Такая черта, как враждебность, оценивалась в 20 ед. (норма 13,1 + 0,39; $P < 0{,}05$). Интрапунитивность составляла 19 ед. (норма 8,6 + 0,2; $P < 0{,}001$), экстрапунитивность — 9 ед. (норма 8,2 + 0,2). Обращала на себя внимание направленность враждебности на себя (10 ед.), что в 20 раз превышает нормативные показатели.

На MMPI отмечен пик по первой (ипохондрия) и второй (депрессия) шкалам, что свидетельствует об ипохондрическом профиле личности.

В тесте незаконченных предложений звучит тема конфликта в семье, страх умереть от рака желудка, негативное отношение к мужу, врачам и пессимистическая оценка своего будущего. Тест самооценки выявил снижение во время болезни «здоровья» на 50%, «счастья» — на 60%, «ума» — на 10%, «характера» — на 30%.

В процессе лечения нейролептиками (этаперазин, аминазин), транквилизатрами (фенозепам) и патогенетической терапии (включая и семейную психотерапию) боль в желудке постепенно прошла, выравнялось настроение, однако оставались трудности поведения и адаптации,

выражавшиеся в повышенной конфликтности, повышенной раздражительности и словесной агрессии.

Таким образом, больная с определенной наследственной отягощенностью психосоматическими заболеваниями (язвенная и гипертоническая болезни) и детской невропатией с детства реагировала единичными психосоматическими реакциями в условиях напряжения или сильного волнения. Однако, когда она перенесла выраженный стресс (смерть матери), у нее развилась типичная реактивная невротическая депрессия, на фоне которой психосоматические реакции стали учащаться. Особенно они усилились и стали генерализованными с образованием сначала моно-, а затем и полисистемных психосоматических циклов, когда больная попала в хроническую практически неразрешимую стрессовую ситуацию (конфликты со свекровью, которая называла больную симулянткой, и нейтральная в этой ситуации позиция мужа). Быстрое формирование полисистемных психосоматических циклов объясняется патогенным воздействием суммированного стресса — острого и хронического. Бессознательной попыткой разрешения этого конфликта и явилось психосоматическое реагирование.

Появление острой боли в желудке, отсутствие адекватной помощи со стороны врачей быстро привели больную к мысли о наличии у нее рака желудка. С этого времени начинается не только «интоксикация» медицинской литературой онкологического содержания, но и многочисленные обследования и консультации в различных медицинских учреждениях. Занятость своим здоровьем как бы отодвинула на второй план конфликт, который больная не могла разрешить. Избегание конфликта через уход в болезнь оказалось возможным еще и потому, что у больной в ситуации стресса реактивировались симптомы детской невропатии, т.е. болезнь пошла по уже проторенному пути.

Выраженная ипохондрическая фиксация, канцерофобические переживания и канцероманическое поведение несомненно отражались на изменениях характера. Появилась несвойственная больной чрезмерная раздражительность, конфликтность с родственниками и медицинским персоналом. Кроме того, сам уход в болезнь осуществлялся по истерическим механизмам, что также было ранее не характерным для нее. Следует отметить, однако, что и к изменениям характера, и к мыслям о раке у больной имелась определенная критика.

После проведенного лечения основная жалоба — боль в желудке, как и все сопутствующие ей переживания, полностью прошли, однако характерологические изменения остались, хотя и в несколько смягченной форме. Их полной редукции мешает неразрешенная конфликтная ситуация в семье.

У этой больной также отчетливо прослеживаются все этапы психосоматического развития личности.

Синдром раздраженной толстой кишки

Это — одним из наиболее распространенных видов психосоматической патологии. На долю этого синдрома (СРТК, синонимы: возбудимая кишка, несчастливая кишка, слизистый колит, спастическая кишка, нервная диарея, невроз толстой кишки, диссинергия кишечника и пр.) приходится 50—70% от всей функциональной патологии толстого кишечника. Заболевание поражает людей в возрасте от 15 до 60 лет, преимущественно женщин. Значительная распространенность его требует комплексного изучения, включая и психиатрическое. На модели этой патологии особенно отчетливо прослеживается влияние дистресса на деятельность желудочно-кишечного тракта. В связи с этим закономерно ставится вопрос о том, что данная патология является только «частью длительного психического заболевания». Результаты исследования показывают, что у 92 % больных с синдромом СРТК имеются те или иные психические расстройства: первичная депрессия или синдром тревоги.

В классическом проявлении синдром включает в себя выраженную психогенно обусловленную боль в толстой кишке, неоднократную диарею, несколько снимающую боль в кишечнике, и психогенный запор. Соответственно, выделяют диарейный, болевой или запорный варианты этой патологии, а также различные их комбинации. Так, абдоминальная боль встречается в 85— 90% случаях СРТК, диарея — в 75—90%, причем последняя расценивается как разрешение конфликта на бессознательном уровне. Эти симптомы особенно выражены в дневное время и в ситуации психического напряжения или стресса. Весьма редко они возникают ночью.

Больные жалуются на боли в разных отделах толстой кишки, хотя более типична локализация их в левой подвздошной области, они могут наблюдаться в эпигастрии, в боковых отделах живота, в области левого и правого подреберья. Обычно боль появляется или интенсивность ее нарастает в связи с усилением перистальтики толстой кишки, т. е. во время приема пищи, перед дефекацией, при физическом и нервном перенапряжении. В период обострения болезни пациенты могут плохо переносить жиры, алкогольные напитки, некоторые овощи и фрукты, образующие при их усвоении выраженное газообразование. У женщин этот синдром встречается в 3 — 4 раза чаще, чем у мужчин. Дебют заболевания в 90 % падает на возраст до 40 лет у мужчин и до 30 лет у женщин. Диарейный и диарейно-болевой варианты СРТК выявляются почти у 94 % больных. На долю запорного варианта приходится всего около 6 %. Наследственная отягощенность психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта и других систем составляет примерно 70 %. Это свидетельствует о том, что тенденция к психосоматическому реагированию, очевидно, передается по наследству.

У всех больных, как правило, уже с первых дней жизни выявляются признаки детской невропатии в виде желудочно-кишечного ее варианта (снижение сосательного рефлекса, снижение или полное отсутствие аппетита, легкость возникновения тошноты и рвоты, а также диареи и отказа от еды).

Этих детей также с первых дней кормили насильственно. Поэтому и у них пища с детства ассоциировалась с насилием и вызывала лишь негативные эмоции. Вследствие пониженного аппетита больные росли ослабленными, много и часто болели простудными заболеваниями, большую часть времени проводили дома в тепличных условиях. Соматические заболевания приводили к различным ограничениям, особенно это касалось пребывания на свежем воздухе и занятий физическими упражнениями.

Состояние невропатии купировалось у всех детей к восьми- и девятилетнему возрасту, однако эпизодические реакции со стороны желудочно-кишечного тракта сохранялись и в дальнейшем проявлялись единичными реакциями на пике эмоционального напряжения (например, перед экзаменами).

Преморбидные личностные особенности больных с СРТК всегда привлекали внимание исследователей, поскольку рассматривались как факторы предрасположения или факторы риска. Будущие пациенты еще до болезни оценивались как сверхдобросовестные, весьма пунктуальные, обязательные лица, достигающие в своей профессии определенных высот. Это крайне опрятные люди с утрированными понятиями о личной гигиене, высокими требованиями к себе. Они известные моралисты, не идущие на компромиссы даже ради явной выгоды. Их отличают выраженная гиперсенситивность, тревожность, крайняя ранимость вплоть до параноидной подозрительности к своим обидчикам. Для них также характерно неумение вербализовать свои проблемы — *алекситимия,* т. е. обедненная фантазиями жизнь с утилитарным мышлением, стремлением постоянно избегать конфликты, ограничением вербализации эмоций. Известно, что алекситимия наследуется как фактор предрасположенности к развитию психосоматических заболеваний.

Собственно СРТК возникает в большинстве наблюдений после сильной психической травмы (психосоциальный стресс у больных, согласно DSM-III-R (1987), чаще соответствовал кодам 5 и 6, т.е. был выраженным или чрезвычайно выраженным; значительно реже он кодировался под номером 4, т. е. был средней выраженности) и быстро закрепляется вследствие особенностей личности этих больных. По так называемому тесту жизненных событий показатель отрицательных событий в течение предшествовавшего заболеванию года достигал у больных 300 ед., что, кстати говоря, типично для больных психосоматического профиля. Следует отметить, что до острого стресса все больные находились длительное время в состоянии хронического стресса, и острый стресс, очевидно, сыграл роль «последней капли».

Зоной конфликтов у женщин являются чаще всего внутрисемейные отношения (смерть близкого человека, уход из семьи мужа, супружеская измена, тяжелое заболевание ребенка или другого члена семьи, сексуальные проблемы и конфликтные отношения со свекровью). Хронический стресс развивается на фоне длительных бытовых микроконфликтов с мужем.

У мужчин цсихотравмирующая ситуация чаще всего объясняется сексуальной несостоятельностью в виде снижения потенции и либидо и психологической переработкой этого (по принципу бегства в болезнь как вариант психологической защиты). Кроме того, у половины пациентов

конфликт локализуется в нарушенных отношениях на работе (конфликт с начальством, сотрудниками, собственная несостоятельность при явно завышенной самооценке).

Наличие конфликтной ситуации демонстрируют психологические тесты. Так, индекс нестабильности брака у замужних женщин варьирует от 30 до 96 %, составляя в среднем 57 %. Особенно отчетливо тема внутрисемейного конфликта у женщин выявляется в тесте незаконченных предложений. Приведем несколько примеров: «По сравнению с другими семьями моя семья... самая несчастная. Моей самой большой ошибкой было... замужество. Моя наибольшая слабость заключается в том... что не могу из-за детей выгнать ненавистного мужа. Считаю, что большинство мужчин... скоты. Моя половая жизнь... оставляет желать лучшего. Самое худшее, что мне случилось совершить... это выйти замуж без любви. Будущее кажется мне... семейной каторгой. Хотелось бы мне перестать бояться... за здоровье сына. Я всегда хотела... иметь детей, а их никогда не будет. Сделала бы все, чтобы... забыть смерть сына. Моей самой большой ошибкой было... плохо устроить свою жизнь. Супружеская жизнь кажется мне... слишком тяжелой и неблагодарной ношей. Моя половая жизнь... отсутствует при живом муже».

Как уже указывалось, у мужчин зоной конфликтов часто являются сексуальные нарушения. Индекс нестабильности брака у них составляет 52%, у остальных мужчин — только 13% ($P < 0{,}05$). Приведем примеры из теста незаконченных предложений: «Моя половая жизнь... — на нулях. Если бы у меня была нормальная половая жизнь... в моей семье воцарился бы мир». Конфликты на работе так проявляются в этом же тесте: «Мое начальство... сплошные невежды и бездари. Хотелось бы мне перестать беспокоиться... о ситуации на работе. Я думаю, что способен... заменить начальника цеха. Люди, с которыми я работаю... меня раздражают из-за тупости и неумения. Если бы я занимал руководящий пост... то покончил бы со всеми безобразиями на нашем предприятии. Когда ко мне приближается мой начальник... мне хочется сказать ему, что он круглый дурак и идиот».

Результатом психотравмирующей ситуации становится развитие реактивной (невротической) депрессии у всех больных. Выраженность ее бывает различной, но в депрессивной триаде ведущим является дистимический компонент, в то время как идеаторный и особенно двигательный выражены значительно слабее (так называемая дисгармоническая депрессивная триада, по О.П.Вертоградовой). У больных значительно снижается «витальная жизнерадостность» — витальный энергетический тонус. В депрессии постоянно звучит тема психотравмирующей ситуации. Длительность депрессии составляет около шести месяцев. Она выражается в снижении настроения, ограничении социальных контактов, ухудшении аппетита, феномене раннего пробуждения, нарушении формулы сна. Несмотря на некоторую затрудненность и замедленность темпа мышления, все больные продолжают работать или учиться, а появляющиеся неуспехи объясняют конфликтной ситуацией и отсутствием отдыха.

Следует отметить, что в самом начале депрессивного этапа болезни не

происходит соматизации аффекта (т. е. превращения психологического в соматическое), так как депрессивный аффект достаточной напряженности отсутствует. На этом депрессивном фоне все больные, как правило, переносят обострение рутинной психотравмирующей ситуации в несколько большем объеме. Только после этого начинает реактивироваться симптоматика детской невропатии. Главным симптомом заболевания становятся боли в области толстого кишечника, поносы или запоры. Как уже указывалось, такие проявления отмечались у больных и раньше в особых стрессовых ситуациях (например, перед экзаменом), но тогда они были кратковременными и редкими.

На депрессивном фоне они возникали поначалу также в виде единичных реакций, но затем быстро учащались. Период психосоматических реакций и психосоматических циклов можно разделить весьма условно. К боли в кишечнике, поносу и другим проявлениям СРТК быстро присоединялись другие симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (тошноты, рвоты, гастрал-гия). Моносистемный психосоматический цикл на фоне депрессии длительное время был изолированным. Корреляционный анализ показал, что, когда появились психосоматические реакции, больные уже находились в выраженном невротическом состоянии. Именно поэтому начало заболевания у пациентов положительно коррелировало с анксиозностью *(R* = 0,48), обсессиями *(R* == 0,34), соматизацией аффекта *(R* = 0,39), депрессией *(R* = 0,4), тревожностью *(R* = 0,36), невротизмом *(R* = 0,39), интрапунитивностью *(R* == 0,36) и индексом нестабильности брака *(R* = 0,52). Начало заболевания и вариант СРТК находились в отрицательной корреляционной связи *(R* = -0,32), это значит: чем раньше начинается заболевание, тем вероятнее появление поноса и поноса с болью; чем позже возникает заболевание, тем вероятнее появление запорного варианта СРТК. Другими словами, молодые пациенты отвечают на стрессовую ситуацию поносом или поносом с болью, а более пожилые — запором.

Статистический анализ свидетельствует также о том, что в самом начале заболевания у больных преобладал пассивно-оборонительный стиль поведения с интрапунитивным (т.е. самонаказывающим) реагированием в условиях фрустрации. Следует отметить, что вариант СРТК (болевой, диарейный, запорный, смешанный) определялся многими факторами, выявленными при помощи корреляционного анализа. Он положительно коррелировал с анксиозностью *(R* = 0,8), фобиями *(R* = 0,36), обсессиями *(R* = 0,39), тревожностью *(R* = 0,47), экстраверсией *(R* = 0,4), враждебностью *(R* = 0,34) и экстрапунитивностью *(R* = 0,36). Отрицательно вариант СРТК коррелировал с длительностью заболевания *(R* = —0,7), это свидетельствует о том, что болевой и диарейный варианты протекают менее длительно, чем запорные. Кроме того, отмечена отрицательная корреляционная связь с уровнем образования *(R* = —0,6): лица с высшим образованием часто дают диарейный вариант, а со средним — запорный. Отрицательные корреляции также связывают вариант СРТК и индекс нестабильности брака, т.е. чем выраженное семейный конфликт, тем чаще отмечается диарея в чистом виде или с болевым синдромом.

Во многом вариант этого синдрома определяется и преморбидными

особенностями. Качественная клиническая характеристика преморбида дана выше. Количественный анализ личности (табл. 5) проведен уже в состоянии заболевания, поэтому трудно сказать, преморбидная это личность или уже измененная болезнью.

Таким образом, личностные показатели больных (за исключением экстраверсии) значительно отличаются от нормативных. Особо следует остановиться на том, что индекс истерии у больных ниже, чем в норме. Это согласуется с данными об алекситимии психосоматических больных.

Таблица 5

Личностные особенности больных СРТК

Тест	Черты личности	Больные	Здоровые	P
Айзенка	Экстраверсия	10,0+0,42	11,0+0,6	>0,05
	Невротизм	20,0+0,43	8,8+0,6	<0,001
M.H.Q.	Анксиозность	12,4+0,36	3,7+0,4	<0,001
	Склонность к фобиям	8,5+0,15	4,0+0,6	<0,001
	Склонность к навязчивостям	10,1+0,42	5,2+0,4	<0,001
	Соматизация аффекта	10,4+0,48	2,8+0,6	<0,001
	Склонность к депрессии	8,2+0,45	2,7+0,5	<0,001
	Истерия	6,2+0,48	7,9+0,2	<0,05
Тейлор	Тревожность	34,9+0,9	до 13	<0,001
H.D.H.Q.	Враждебность	22,2+0,93	13,1+0,4	<0,001
	Интрапунитивность	17,8+0,58	8,6+0,2	<0,001
	Экстрапунитивность	11,3+0,67	8,2+0,3	<0,05

Ведущей личностной особенностью больных СРТК является тревожность, определяемая как методикой Тейлор, так и M.H.Q. В первом случае тревожность составляет 34,9 ед. у женщин и 33,14 — у мужчин (при норме до 13 ед., $P < 0{,}001$). У женщин социальная тревожность достигает 74 % от максимально возможной, нервная — 73%, соматическая — 60%. Тревога (анксиозность) по M.H.Q. равняется 12,4 ед., т.е. 77,5% от максимально возможной. У мужчин социальная тревожность составляет 81,5% от максимально возможной, невротическая — 66,2%, соматическая — 54%. Тревога по M.H.Q. — 11,28 ед., т.е. 74 % от максимально возможной. У больных, следовательно, преобладает социальный аспект тревожности. Кроме того, для них характерна склонность к обсессивно-фобическому реагированию. Показатель фобии у женщин равняется 8,5 ед., что составляет 54% от максимально возможного, у мужчин — 7,9, или 50%. Навязчивости у женщин — 10,1 ед. (64%), у мужчин — 10,3 (64,4%). Характерная черта этих больных — склонность к депрессии: у женщин — 8,2 ед., 51 % от максимально возможной, у мужчин — 7,2, 45%. Особое значение имеет такая особенность

личности, как склонность к соматизации аффекта: у мужчин — 9,0 ед. (56%), у женщин — 10,4 (65%). Эти данные объясняют преобладание женщин среди больных СРТК, ибо у них процесс соматизации аффекта, т. е. превращение психологического в соматическое осуществляется на 11 % интенсивнее, чем у мужчин.

Следует обратить внимание на низкие (по сравнению с нормой) показатели истерии у женщин — 6,2 ед. (39 % от максимально возможного). Низкие показатели истерии свидетельствуют о неспособности больных к самовыражению и положительно коррелируют с алекситимическими чертами. Снижение истерических черт относительно усиливает обсессивно-фобическое и депрессивное реагирование этих больных. Заслуживает особого внимания и такая личностная особенность, как враждебность и особенно направленность враждебности. Значимым является то, что в начале заболевания враждебность у всех больных была направлена на себя. Это качество в совокупности с интрапунитивностью и соматизацией аффекта способствует хронификации психосоматического процесса. У больных также были снижены показатели экстраверсии, что свидетельствует об относительном повышении интраверсии (хотя по сравнению с нормой эти показатели не достигают степени статистической достоверности).

Известно, что корреляционная связь устанавливает лишь линейную зависимость одного признака от другого. При помощи нелинейного регрессионного анализа (метод аппроксимаций) была сделана попытка построить графики взаимоотношений ряда клинических и психологических признаков. Использовалась задача GRAF с вычислением коэффициента аппроксимирующего полинома с точностью представления 1,7%. Ни в одном случае линейная зависимость между двумя разными параметрами не выявлена. Так, в паре «возраст—тревога» оказалось, что при СРТК максимальная тревога держится лишь до 30 лет. В паре «возраст— фобии» показатель фобий возрастает в возрасте до 28 лет и после 50 лет. В паре «возраст—обсессии» навязчивости имеют тенденцию к нарастанию только в возрасте до 33 лет. В паре «возраст— соматизация аффекта» наиболее уязвимый возраст соматизации аффекта, а значит и развития психосоматических заболеваний, до 40 лет. В паре «возраст—депрессия» пик депрессии отмечается до 25 и после 50 лет. В паре «возраст—невротизм» высшие проявления невротизма отмечались в самом начале заболевания, по мере соматизации аффекта показатель невротизма постепенно снижается, достигая минимума в 54—60 лет. Но и минимальные показатели невротизма примерно в 2 раза превышают нормативные. Приведенные выше данные суммированы в табл. 6.

В паре «депрессия—тревога» оба показателя вначале повышаются линейно, пока тревога не достигает 9 ед., после чего тревога продолжает расти, а депрессия остается на уровне 7 ед. И только когда тревога достигала 14 ед., депрессия вновь начинала возрастать. В паре «депрессия—навязчивости» депрессия возрастает, когда показатель навязчивостей превышает 7 ед. В паре «депрессия—фобии» депрессия относительно фобий увеличивается только тогда, когда показатель фобий находится в пределах 7—12 ед. В паре

«депрессия — соматизация аффекта» соматизация начинает возрастать при превышении показателя депрессии в 7 ед.

Таблица 6

Соотношение возраста и симптомов при СРТК

Пары признаков	Возраст максимальной выраженности симптома
Возраст—тревога	до 30 лет
Возраст—фобии	до 28 и после 50 лет
Возраст—обсессии	до 33 лет
Возраст—соматизация аффекта	до 40 лет
Возраст—депрессия	до 25 и после 50 лет
Возраст—невротизм	до 25 лет

Данные по соотношению депрессии с другими симптомами представлены в табл. 7.

Таблица 7

Соотношение депрессии с другими симптомами при СРТК

Пары признаков	Депрессия возрастает
Депрессия—возраст	До 25 и после 50 лет
Депрессия—тревога	При тревоге до 9 и больше 14 ед.
Депрессия—обсессии	При обсессии больше 7 ед.
Депрессия—фобии	При фобиях в 7—12 ед.
Депрессия— соматизация	При соматизации больше 7 ед.
Депрессия—невротизм	Линейно при возрастании невротизма

Поскольку в формировании психосоматической патологии большое значение имеет фактор соматизации аффекта, были рассмотрены соотношения этого параметра с другими симптомами СРТК (табл.8).

Таблица 8

Зависимость соматизации аффекта от других симптомов СРТК

Пары признаков	Рост соматизации
Соматизация—возраст	До 35—40 лет
Соматизация —тревога	При тревоге больше 12 ед.
Соматизация—депрессия	При депрессии больше 7 ед.
Соматизация—фобии	При фобии в пределах 4—15 ед.
Соматизация—обсессии	При обсессии больше 7 ,ед.
Соматизация—невротизм	При любом значении невротизма

Соотношение тревоги и других симптомов СРТК представлены в табл. 9.

Таким образом, этот метод позволяет уточнить данные корреляционного анализа и вычислить величину риска одного симптома относительно другого.

Как уже указывалось, моносистемные психосоматические циклы при СРТК формировались достаточно быстро. Поэтому в клинической картине заболевания, кроме собственно симптомов СРТК, появлялись симптомы поражения верхней части желудочно-кишечного тракта. Эпизодически на фоне поносов, болей или запоров возникали тошнота, рвота, элементы дисфагии, анорексия. Другими словами, поражался весь желудочнокишечный тракт. С интенсификацией поражения желудочно-кишечного тракта начиналась психологическая переработка имеющегося заболевания и формирование модели внутренней картины болезни с выработкой соответствующего варианта отношения к болезни.

Таблица 9

Соотношение тревоги и других симптомов при СРТК

Пары признаков	Тревога растет
Тревога—возраст	До 30 лет
Тревога—депрессия	При депрессии больше 4 ед.
Тревога—фобии	При фобии больше 6 ед.
Тревога—обсессии	При обсессии больше 6 ед.
Тревога—соматизация	При соматизации больше 9 ед.
Тревога—невротизм	При невротизме больше 11 ед.

Именно в этот период больные обращаются к интернистам по поводу, главным образом, поносов и рвот. Как правило, вскоре они попадают в инфекционные отделения больницы с подозрением на дизентерию. Тщательное стационарное обследование позволяет быстро отвергнуть этот диагноз, при этом органическая патология у больных не выявляется. Однако продолжающиеся поносы и нарастающее снижение массы тела заставляют их вновь и вновь обращаться к врачам. У больных формируется реакция утрированного или гиперболизированного отношения к болезни [26] с ригидным, педантичным выполнением всех назначений и предписаний врачей, активным и постоянным поиском новейших лекарственных средств, «солидных консультаций». Болезнь становится как бы своеобразным мерилом отношения к жизни, ибо деятельность больных в дальнейшем носит характер «щажения организма». Длительное и безуспешное лечение у интернистов нередко приводит к мысли о наличии онкологического заболевания кишечника. Эти опасения сопровождаются страхом, тревогой, паническими состояниями, усилением депрессии.

Эмоциональное напряжение, сопровождаемое канцерофобию, приводит к появлению психосоматических реакций других систем, в первую очередь

сердечно-сосудистой (повышению артериального давления, тахикардии, кардиалгии и т.д.). Другими словами, формируется вторичный (по отношению к желудочно-кишечному тракту) психосоматоз, в основе которого лежит развитие полисистемных психосоматических циклов. Расширение психосоматического репертуара [90] обусловлено не только снижением порога толерантности к стрессу, но и продолжающейся соматизацией аффекта.

С появлением полисистемных психосоматических циклов, как уже указывалось, в патологический процесс включаются симптомы других систем. Кроме вышеперечисленного, больные жалуются на головокружение, чувство онемения в конечностях, повышенную потливость, головные боли по типу мигрени, снижение потенции у мужчин, нарушение менструального цикла у женщин. Довольно часто поражается и кожная система в виде нейродермита, псориаза, сильного кожного зуда. Массивность психосоматического реагирования вызывает ощущение катастрофического разрушения организма и еще более усиливает канцерофобические переживания. Больные госпитализируются в терапевтические стационары, однако и там, несмотря на самые современные инструментальные методы исследования, никакой органической патологии выявить не удается. Только в этом случае с учетом «общей нервозности» больные направляются к психотерапевту (психиатру).

Следует отметить, что больные с известной критикой относятся к своим канцерофобическим переживаниям. Их состояние временно улучшается, когда они идут на новое обследование или на лечение к новому для них врачу. У пациентов одновременно проявляется выраженная готовность верить в отсутствие рака и опасение в его наличии. Этот внутренний конфликт еще более усиливает депрессию, с одной стороны, и ее соматизацию — с другой.

В целом психическое состояние на этапе психосоматических циклов характеризуют выраженная эмоциональная напряженность, тревога, подавленность, мнительность, плаксивость, канцерофобии и иные навязчивости ипохондрического содержания, страх смерти. Типичны также раздражительная слабость, бессонница, снижение работоспособности, повышенная утомляемость, анорексия, трудности концентрации внимания, субъективное ощущение потери памяти. Кроме канцерофобии, в процессе заболевания появлялись страх приема некоторых видов пищи, опасение не удержать кишечные газы, навязчивое стремление опорожнения кишечника перед выходом из дома, страх поноса при отсутствии туалета.

Пониженная самооценка этих больных особенно отчетливо проявляется в тесте самооценки. Известно, что самооценка является динамическим образованием, она существенно меняется в онтогенезе при изменении жизненных условий, а также при самой разнообразной психической и соматической патологии [13]. Так, женщины до заболевания оценивали свое «здоровье» в 90%, «счастье» в 90%, «ум» — в 50%, «характер» — в 70%. В процессе заболевания оценка этих параметров резко снизилась: «здоровье» — 10% (снижение на 80%), связанное с состоянием здоровья понятие «счастье» — 5 % (снижение на 85 %). Снижение по «уму» (на 20%) больные объясняли тем, что в процессе заболевания остановились в творческом росте, забыли многое из

ранее полученного. Критическое отношение выявляли пациенты к изменению характера («стали более раздражительными и конфликтными»), что свидетельствует о нарастании у них явлений психопатизации.

Хроническое течение СРТК приводило к выработке определенных социальных ограничений, больные переставали посещать театры, концерты, библиотеки, кинотеатры, не пользовались метро, избегали людных мест, старались ездить только по тем маршрутам, где были общественные туалеты. Со временем у многих из них потребность в социальных контактах ограничивалась главным образом телефонным общением. Формировалась отчетливая социально-психологическая позиция тяжело больного человека.

По мере развития заболевания все более отчетливыми становились и характерологические нарушения. Больные становились мелочно-придирчивыми, озлобленными, часто давали гневливо-эксплозивные реакции (особенно по отношению к родственникам и медицинскому персоналу). Они были постоянно озабочены состоянием своего здоровья, прислушивались к своим ощущениям, активно разыскивали и прорабатывали соответствующую литературу, стенично посещали онкологов, рентгенологов, гастроэнтерологов, убеждая последних в наличии у них рака, но с надеждой принимали квалифицированные, по их мнению, разубеждения. Однако очередное обострение заболевания вновь бросало их в пучину сомнений, и они начинали очередной раунд обращений к врачам. В результате формировался отчетливый ипохондрический вариант психосоматического развития личности.

Необходимо подчеркнуть, что нарастание характерологических расстройств изменяло и стиль поведения больных в условиях фрустрации — он все чаще становился экстрапунитивным, когда враждебность направлена на окружающих (чаще всего, как уже указывалось, на родственников и врачей).

Таким образом, у больных с преобладанием тревожных черт характера и интрапунитивного реагирования в стрессовой ситуации, а также невропатии, отмеченной в детстве, на фоне психической травматизации происходит реактивация симптомов невропатии, которые быстро фиксируются и становятся привычным стилем поведения, что приводит к развитию СРТК. В процессе динамики СРТК можно выделить четыре этапа: депрессия (невротическая), психосоматические реакции, психосоматические циклы и этап психопатизации. При СРТК формируется только ипохондрический вариант психосоматического развития личности. Этот вариант близок так называемому вторичному развитию.

Приведем клиническое наблюдение.

Больной М., 1952 г. р., инженер, обратился на кафедру психиатрии Университета дружбы народов по рекомендации гастроэнтеролога. Наследственность: отец страдает язвенной болезнью желудка, мать — истерической психопатией, младшая сестра больного здорова. Из анамнеза удалось выяснить, что беременность больным протекала с выраженным токсикозом второй половины, роды — с искусственной стимуляцией, мальчик родился в синей асфиксии. С рождения был снижен сосательный рефлекс, ел плохо, очень медленно прибавлял в весе, часто страдал простудными

заболеваниями. С первых лет жизни, по выражению матери, очень впечатлительный. С двух лет ребенка по совету врача стали перекармливать, чтобы он набрал массу тела соответственно норме. Однако при насильственном кормлении у мальчика возникала тошнота и рвота. Перед необходимостью посещения детского сада от страха впервые возник понос. В дальнейшем понос повторился в первый день школы, перед трудными контрольными и экзаменами. В школе учился хорошо по всем предметам. По окончании школы поступил в один из технических вузов. По характеру был тревожный, мнительный, эмоциональный, однако свои эмоции не проявлял. Близко к сердцу принимал собственные неудачи, долго их помнил. Любил читать «романтическую литературу».

В 18 лет неожиданно для родителей и вопреки их советам женился и привел жену в дом родителей. Сразу же возникла конфликтная ситуация между женой и матерью. Больному постоянно приходилось занимать буферную позицию. В результате обе стороны его постоянно ругали, требовали сделать выбор. Однако больной никак не мог найти выхода из сложившейся ситуации и все время думал об этом. Постепенно у него снизилось настроение, стал хуже спать, ухудшился аппетит. На этом фоне все чаще стали возникать неудачи в сексуальной сфере, жена была недовольна этим, громко (чтобы слышали родители) обсуждала его несостоятельность, обзывала «несчастным импотентом». Больной стал испытывать неуверенность, со страхом ожидал «ночной неудачи», старался лечь спать попозже, якобы готовился к зачетам или контрольным. Однако никакие уловки не помогали, жена терпеливо его дожидалась. Снижение потенции со временем прогрессировало. Однажды во время очередного скандала с женой «на сексуальной почве» у больного появилась сильная боль в кишечнике, он побледнел, с трудом добрался до туалета, отмечался сильный профузный понос. По выражению больного, «жену как подменили», снова стала доброй, нежной, ласковой, по-матерински ухаживала за ним, напоила крепким чаем, уложила в постель и «стала утешать». Однако уже на следующий день, как только жена повысила голос, понос повторился. С этого времени понос стал практически ежедневным, иногда многократным. Постоянно вызывали «Скорую помощь», больного забирали в инфекционную больницу, но уже через несколько дней выписывали, так как никакой органической патологии выявить не удавалось. С началом поносов жена перестала предъявлять сексуальные претензии, ухаживала за ним, помогала во всем. Со временем поносы не только не исчезли, но к ним добавились тошнота, периодически — рвота, пропал аппетит. Другими словами, сформировался моносистемный психосоматический цикл. Больной полностью переключился на деятельность своего кишечника, обращался к различным медицинским специалистам, однако адекватной помощи нигде получить не мог. В это время сексуальная несостоятельность как бы отошла на второй план. Поскольку больной не мог получить помощи от врачей, он решил сам разобраться в своей болезни. Взял у сестры (студентки медицинского института) учебники, внимательнейшим образом их изучил и пришел к выводу, что у него, вероятно, рак толстого кишечника. Был крайне напуган своим

«открытием», появилась тревога, паника, долго не мог успокоиться, выпил несколько стаканов настойки пустырника. С появлением канцерофобии стали отмечаться эпизоды повышения артериального давления, одышка, болевые ощущения в области сердца, кожный зуд в паху. Следовательно, уже сформировались полисистемные психосоматические циклы. Появление акцессорной симптоматики еще больше убедило в том, что у него тяжелое заболевание, а возможно, и сочетание нескольких заболеваний. Повторимся, что в это время он совершенно не думал о своих сексуальных проблемах и был полностью фиксирован лишь на деятельности желудочно-кишечного тракта. Вновь, уже вооруженный определенными медицинскими знаниями, стал обращаться к онкологам, хирургам, рентгенологам, терапевтам, требуя исключить онкологическое заболевание.

Когда ему говорили, что рака у него нет и ему надо лечить нервную систему, давал эксплозивные реакции, обвиняя врачей в низкой квалификации, кричал или громко рыдал. Однако дома радостно сообщал жене, что опухоли опять не нашли и «возможно, ее и нет». Но критическое отношение к своему заболеванию сохранялось лишь до очередного обострения СРТК. На работе (а во время болезни больной успешно окончил институт и получил работу инженера) постоянно вел беседы с сотрудниками на медицинские темы. Неоднократно обращался к экстрасенсам, народным целителям, колдунам, пил заряженную Чумаком воду. Несколько раз ходил в церковь, хотя веры в Бога не испытывал, но «надеялся на чудо». Чуда не произошло. Стала нарастать раздражительность, конфликтность, несдержанность. Трудно было контролировать свои эмоции (особенно в поликлинике и в семье). В таком состоянии был направлен на консультацию на кафедру психиатрии Университета дружбы народов (лечился амбулаторно).

Психическое состояние при поступлении: настроение сниженное, несколько тревожен, не очень понимает, почему нужна консультация психиатра. Речь изобилует медицинскими терминами, подробно, с массой деталей рассказывает о всех своих многочисленных обследованиях и консультациях, показывает папку различных анализов. Легко дает убедить себя в отсутствии у него рака, сам добавляет, что за эти годы он бы уже давно умер, если бы действительно был рак. Добавляет при этом, что тем не менее мысли о раке никогда не оставляют его. Крайне ипохондричен, подробно описывает мельчайшие ощущения в кишечнике и других органах. В беседе быстро истощается и дает реакции раздражительной слабости. Психологическое обследование выявило у пациента высокий уровень тревожности, составляющий 39 ед. при норме до 13. При этом социальная тревожность составила 84 % от максимально возможной, соматическая — 80%, нервная — 77%. По данным M.H.Q., анксиозность — 11 ед. (норма 3,07 + 0,52; $P < 0,001$), склонность к фобическим реакциям — 9 (норма 3,6 + 0,85; $P < 0,001$), склонность к обсессиям — 10 (норма 4,92 + 0,9; $P < 0,001$), соматизация аффекта — 10 (норма 2,4 + 1,0; $P < 0,001$), склонность к депрессии — 8 (норма 2,6 + 0,7; $P < 0,001$), истерические черты выражены в меньшей степени, чем в норме, и составляли всего 6 ед. (норма *6,9 + 0,5;* $P > 0,05$). Экстраверсия была

значительно снижена и составляла 8 ед. (норма 12,0 + 0,3; Р < 0,05), а невротизм, наоборот, повышен до 20 ед. (норма 10,0 + 0,25; Р < 0,001). Общая враждебность составляла 22 ед. (норма 14,1 + 0,42; Р < 0,001), интрапунитивность — 18 (норма 8,3 + 0,9; Р < 0,001), экстрапунитивность — 11 (норма 9,2 + 1,1). Враждебность была направлена на себя. Индекс нестабильности брака составлял 37 %. На MMPI первая шкала составила 85 Т, третья — 80 Т, вторая — 75 Т. Отмечался также пик по седьмой шкале — до 69 Т. Эти данные в целом соотносятся с преморбидными особенностями личности. В тесте незаконченных предложений отчетливо звучит тема психотравмирующей ситуации. Приведем несколько примеров: «Хотелось бы мне перестать бояться... смерти от рака. Больше всего в жизни я хотел бы... избавиться от своих болячек. Моя семья обращается со мной... как с очень больным человеком. Знаю, что глупо, но... боюсь умереть от рака. Большинство моих товарищей не знает, что я... боюсь умереть от рака толстой кишки. Моя половая жизнь... сейчас это не актуально».

Больной лечился патогенетической психотерапией с подключением амитриптилина, френолона и феназепама. Ему объяснили связь СРТК с его импотенцией, были выяснены причины импотенции; проведен ряд бесед с женой больного в его присутствии, где прямо ставились и делались попытки разрешения внутрисемейных проблем, моделировались и решались различные психотравмирующие ситуации, с которыми он может столкнуться. Комплексное лечение в течение трех месяцев привело к снятию СРТК, после чего пациент был направлен на лечение к сексопатологу.

Таким образом, больной с наследственной отягощенностью по психосоматическому заболеванию (язвенная болезнь у отца и психопатия у матери), родившийся в асфиксии, с детства выявлял отчетливые симптомы желудочно-кишечного варианта невропатии. С детских лет прием пищи ассоциировался у него с насилием и отрицательными эмоциями. В школьные годы перед экзаменами были единичные психосоматические реакции в виде поносов. Во всем остальном больной развивался правильно. По характеру всегда был тревожным, ранимым, мнительным, впечатлительным. Первый раз попадает в длительную психотравмирующую ситуацию, когда в 18 лет вопреки советам родителей женится и приводит в дом жену. Несложившиеся отношения между женой и матерью, конфликты и ссоры прямо отражались на состоянии больного, который в этой ситуации вынужден был занимать буферную позицию. Вследствие этого у него развилась типичная картина невротической депрессии с подавленностью настроения и снижением витальности ряда функций. На этом фоне появилась первая сексуальная неудача, которая с учетом его личностных особенностей и некорректного поведения жены быстро зафиксировалась. Нарастающая сексуальная несостоятельность явилась дополнительной психотравмирующей ситуацией, которая особенно тяжело переживалась больным, ему было в это время всего 19 лет. Со временем нарастающая импотенция стала главным психотравмирующим фактором. На этом фоне (напомним, что больной находился в состоянии невротической депрессии) и произошла реактивация симптоматики детской невропатии в виде

поносов в ситуации фрустрации. Надо сказать, что появление психосоматоза (уход в болезнь) несколько дезактуализировало стрессовую ситуацию, отодвинуло основную проблему больного на второй план. Появившееся заболевание стало основной мишенью воздействия, вокруг которого объединились и родители, и жена. В то же время поносы как бы объясняли имевшуюся импотенцию. Такой уход в болезнь от основной проблемы несомненно осуществлялся по принципу «условной желательности» (И. П. Павлов).

Присоединение к поносам симптомов поражения верхней части желудочно-кишечного тракта (тошноты, рвоты) свидетельствовало о генерализованном ответе желудочно-кишечного тракта на стресс, т.е. о формировании моносистемного психосоматического цикла. Появление его свидетельствовало об утяжелении состояния больного и усилении поисков лечения этой патологии у разных медицинских специалистов. Негативные результаты обследований и продолжающиеся поносы привели больного к мысли о наличии у него рака толстого кишечника. Именно канцерофобия превратила жизнь в хождение по врачебным кабинетам. Вегетативные компоненты страха, особенно на фоне сниженной толерантности к стрессу, приводили к повышению артериального давления, одышке, сердцебиению, кожному зуду, т.е. формированию вторичного (по отношению к желудочно-кишечному тракту) психосоматоза, что свидетельствует о развитии полисистемных психосоматических циклов. Ипохондрические переживания при этом получают новую почву для своего развития. С этого времени отмечаются уже отчетливые характерологические нарушения (раздражительность, конфликтность с медицинским персоналом, гневливость, повышенная требовательность, выраженная ипохондричность — новые для больного черты характера). В результате у него все чаще стали появляться несвойственные ранее экстрапунитивные типы реакций на стресс с направленностью враждебности вовне.

Таким образом, в данном случае четко прослеживаются все этапы описанного выше ипохондрического варианта психосоматического развития личности. Особенностью его является соматизированная выраженность депрессивной симптоматики (импотенция), которая сама по себе послужила мощным психотравмирующим моментом. Произошло суммирование первичной психотравмирующей ситуации (конфликт родителей и жены и неспособность его осознанного решения) и ее последствий. Особенность состояла также в «смещении» конфликта только на себя, что и привело к некоторой консолидации конфликтующих сторон. Уход в болезнь, таким образом, способствовал восстановлению мира и согласия в семье больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аванесов В. С.* Тесты в социологическом исследовании. — М., 1982.

2. *Александровский Ю.А.* Состояние психической дезадаптации, их компенсация. — М., 1976.

3. *Аптер И. М.* Клинико-патофизиологическая характеристика системных неврозов // Пограничные состояния. — М., 1965.

4. *Аптер И. М.* Клинико-физиологический анализ некоторых форм системных неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1964. — № 12.

5. *Вертоградова О. П.* К психопатологии депрессии // Материалы 4-го советско-финляндского симпозиума по проблеме депрессии. — М., 1983.

6. *Вертоградова О. П.* К соотношению психосоматических и аффективных расстройств // Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. — М., 1985. — Т. 3.

7. *Вертоградова О. П., Садычко В.* Психосоматические взаимоотношения при гастродуоденальных заболеваниях // Психогенные и психосоматические расстройства. — Тарту, 1988.

8. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М., 2000.

9. *Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н.* Неврозы у детей и их лечение. —Л., 1977.

10. *Гиляровский В.А.* Учение о галлюцинациях. — М., 1949.

11. *Губачев Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Л., 1981.

12. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. — Л., 1988.

13. *Зейгарник Б. В.* Личность и патология деятельности. — М., 1971.

14. *Кандинский В. X.* О псевдогаллюцинациях. — М., 1952.

15. *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия: В 2 т.: Пер. с англ. — М., 1994.

16. *Кеннон В.* Значение эмоциональных факторов в этиологии болезней человеческого организма // Физиологический журнал СССР. — 1937. — № 3-4.

17. *Кербиков О. В.* Динамика психопатий и патологических развитии // Пограничные состояния. — М., 1965.

18. *Кербиков О. В.* Избранные труды. — М., 1971.

19. *Кириченко Е.И., Журба Л. Т.* Клинико-патологическая дифференциация у детей раннего возраста // Четвертый симпозиум детских психиатров социалистических стран: Тезисы докладов. — М., 1976.

20. *Ковалев В. В.* О роли «измененной почвы» в происхождении психогенных патологических формирований личности // Патохарактерологические исследования у подростков. — Л., 1981.

21. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — М., 1979.

22. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. — Прага, 1974.

23. *Коркина М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М., 1984.
24. *Коркина М. В.* По поводу некоторых принципиальных вопросов взаимодействия психического и соматического в соматической медицине // Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — Т. 3.
25. *Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е.* Психиатрия. — М., 1995.
26. *Коркина М.В., Марилов В. В.* Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1995. — № 6.
27. *Коркина М. В., Марилов В. В.* Личностные особенности и характер психических нарушений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (по данным клинико-психиатрического исследования) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1982. — № 11.
28. *Коркина М. В., Марилов В. В.* Некоторые функциональные психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1984. — № 9.
29. *Коркина М. В., Марилов В. В.* Психосоматические расстройства толстой кишки // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989.-№11.
30. *Коркина М.В., Марилов В. В.* Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1998. — № 11.
31. *Лакосина Н.Д.* Актуальные вопросы клиники и систематики пограничных нервно-психических расстройств // Пограничные нервно-психические расстройства. — М., 1983.
32. *Лакосина Н.Д.* Динамика невротического развития // Клиническая динамика неврозов и психопатий. — Л., 1967.
33. *Лакосина Н.Д.* Клинические варианты невротического развития. — М., 1970.
34. *Лакосина Н.Д.* Неврозы и невротические развития // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1988. — Т. 2.
35. *Марилов В. В.* Клиника и лечение нервной анорексии: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1974.
36. *Марилов В. В.* Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1992. — № 3.
37. *Марилов В. В.* Культуральный синдром Дхат // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2001. — № 6.
38. *Марилов В. В.* О динамике психосоматического континуума // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов (материалы). - 1988. - Т. III.
39. *Марилов В. В.* Один из механизмов формирования психосоматической патологии // XII съезд психиатров России (материалы). — М., 1995.
40. *Марилов В. В.* Особенности формирования и динамики функциональной дисфагии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С.

Корсакова. - 2000.-№ 12.
41. *Марилов В. В.* Психологический аспект психосоматической патологии толстой кишки // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2001. — № 4.
42. *Марилов В. В.* Синдром Дулитл // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — № 6.
43. *Марилов В. В.* Синдром Коро // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1998. — № 1.
44. *Марилов В. В.* Синдром Кувад // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. —1997. — № 12.
45. *Меграбян А. А.* Общая психопатология. — М., 1972.
46. Международная классификация болезней (МКБ-10). Психические расстройства и расстройства поведения (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). — М., 1998.
47. *Мясищев В.Н.* Значение проблемы неврозов, ее современное состояние и задачи ее разработки // Пограничные состояния. — М., 1965.
48. *Мясищев В. В.* Личность и неврозы. — Л., 1960.
49. *Обухов Г. А.* Синдром Мюнхгаузена // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1971. — № 1.
50. *Панин Л.Е., Соколов В. П.* Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. — Новосибирск, 1981.
51. *Перельман А. А.* Очерки расстройств мышления. — Томск, 1957.
52. *Портнов А.А., Федотов Д. Д.* Психиатрия. — 3-е изд. — М., 1971.
53. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии. — М., 1940.
54. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А. В. Снежневского. — М., 1983.
55. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.С.Тиганова. — М., 1999.
56. *Симеон Т.П.* Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. — М., 1958.
57. *Сметанников П. Г.* Психиатрия: Краткое руководство для врачей. — СПб., 1994.
58. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1974.
59. *Якубик А.* Истерия: Методология, теория, психопатология: Пер. с польск. — М., 1982.
60. *Ясперс К.* Общая психопатология: Пер. с нем. — М., 1997.
61. *Alexander F.* Psychosomatic Medicine. — N.Y., 1950.
62. *Alexander F., French T.M.* Studies in Psychosomatic Medicine. — N.Y., 1948.
63. *Almy Th.P.* Experimental studie on irritable colon // American Journal of Medicine. — 1951. — № 10.
64. *Amirali E. L. et al.* Culture and Munchausen by proxy syndrome: the case of an 11-year-old boy presenting with hyperactivity // Can. Journal of Psychiatry. — 1998.- Vo1.43. - №6.
65. *Asher R.* Munchausen's syndrome // Lancet. — 1951.

66. *Atkinson M.* Dysphagia // British medical Journal. — 1977.
67. *Berrios G. E., Morley S. J.* Koro-like symptom in a non-chinese subjects // British Journal of Psychiatry. — 1984. — № 145.
68. *Bhatia M. S., Malik S. C.* Dhat syndrome — a useful diagnostic entity in India culture // British Journal of Psychiatry. — 1991. — № 159.
69. *Brautigam Ch. P.* Psychosomatische Medizin. — N.Y., 1986.
70. *Cavenar J. 0., Weddington W.* Abdominal pain in expectant fathers // Psychosomatics. - 1978. — Vol. 19. - № 12.
71. *Chadda R.K.* Dhat syndrome: is it Distinct entity? A study of illness behaviour characteristics // Acta Psychiatric Scand. — 1995. — Vol. 91. — № 2.
72. *Chadda R.K., Ahuja N.* Dhat syndrome. A sex Neurosis of the Indian Subcontinent // British Journal of Psychiatry. — 1990. — № 156.
73. *Cheng L., Hummel L.* The Munchausen syndrome as a psychiatric condition // British Journal of Psychiatry. — 1978. — № 133.
74. *Crown S., Crisp A.H.* Manua of Middlesex Hospital Qestionnaire (M.H.Q.). - London, 1970.
75. *Dening T.R., West A.* The Dolittle Phenomenon: Hallucinatory Voices from animals // Psychopathology. — 1990. — № 23.
76. *Devon G.S., Hong Ong Seng.* Koro and Schizophrenia in Singapore // British Journal of Psychiatry. — 1987. — № 50.
77. *Enoch M.D., Trethowan W.H.* The Munchausen syndrome and some related disorders // Uncommon psychiatric syndromes. — Bristol, 1979.
78. *Enoch M.D., Trethowan W.H., Barker J. C.* The Munchausen (or hospital addiction) syndrome // Some uncommon psychiatric syndromes. — Bristol, 1967.
79. *Evans W.* Simulated pregnensy in a male // Psychoanalytic Quartezy. — 1951.-№20.
80. *Fernandet-Jaen A., et al.* Munchausen syndrome by proxy: report of one case with epilepsy // Rev. Neurol. - 1998. — Vol. 26. - № 153.
81. *Ford C. V.* The Irritable Bowel Syndrome // Journal of Psychosomatic Research. - 1986. - Vol. 30. - № 4.
82. *Gattat W.F., Dressing H., Hewer W.* Munchausen syndrome: Psychopathology and Management // Psychopathology. — 1990. — № 23.
83. *Heyman I., Tahy T.A.* Koro-like symptoms in a man infected with the human immunodeficiency virus // British Journal of Psychiatry. — 1992. — № 160.
84. *Holden T.J.* Koro symptoms associated with alcohol-induced systemic disease in a Zulu // British Journal of Psychiatry. — 1987. — Vol. 51. — № 10.
85. *Hunter R., Macalpine I.* Three hundred years of Psychiatry. — Oxford, 1963.
86. *Latimer P.P.* Irritable Bowel Syndrome // Psychosomatics. — 1983. — Vol. 24. - № 3.
87. Lexicon of cross-cultural terms in mental health. — Genewa, 1997.
88. *Mukherjee T.* Koro-like states// British Journal of Psychiatry. — 1987. — Vol. 150. - №6.
89. *Mumford D. B.* «Dhat syndrome»: a culturally determined symptom of depression? // Acta Psychiatr. Scand. — 1996. — Vol. 94. — № 3.

90. *Munro A. (ed.).* Psychosomatic Medicine. — London, 1973.
91. *Neki J. F.* Psychiatry in S. E.Asia // British Journal of Psychiatry. — 1973. — № 123.
92. *Rand D. C., Feldman M. D.* Misdiagnosis of Munchausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases // Harv. Rev. Psychiatry. — 1999. — Vol. 7. - № 12.
93. *Rin H.* A study of the aethiology of Koro in respect to the Chinese concept of illness // Internal. Journal of Social Psychiatry. — 1965. — № 11.
94. *Schwab J.J. et al.* The epidemiology of Psychosomatic disorders // Psychosomatics. — 1974. — № 15.
95. *Sifneos P.E.* The prevalence of «Alexithimic» characteristic in Psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. — 1973. — № 22.
96. *Somani V. K.* Witchcraft's syndrome: Munchausen's syndrome by proxy // Int. Journal Dermatol. — 1998. — Vol. 37. — № 3.
97. *Tobin J.* A case of Koro in 20 year old Irish male // Irish Journal of Psychological Medicine. — 1996. — Vol. 13. — № 2.
98. *Trethowan W. H.* The Couvade syndrome — some further observation // Journal of Psychosomatic Research. — 1968. — № 12.
99. *Trethowan W. H., Conlon M.A.* The Couvade syndrome // British Journal of Psychiatry. - 1965. — № 111.
100. *Weiss E., English O.S.* Psychosomatic Medicine. — London, 1949.

СОДЕРЖАНИЕ

Учебное издание

Марилов Валентин Васильевич

Общая психопатология

Учебное пособие

Редактор С. *А. Шаренкова*
Ответственный редактор *И. Б. Чистякова*
Технический редактор *О. С. Александрова*
Компьютерная верстка: *Л. П. Пискунова*
Корректор *В. Т. Козлова*

Подписано в печать 06.03.2002. Формат 60x90/16. Бумага тип. № 2. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная. Усл. печ. л. 14,0. Тираж 30000 экз. (1-й завод 1 - 10000 экз.). Заказ №1442.

Лицензия ИД № 02025 от 13.06.2000. Издательский центр «Академия».
Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.02.953.Д.002682.05.01 от 18.05.2001.
117342, Москва, ул. Бутлерова, 17-Б, к. 223. Тел./факс: (095)334-8337, 330-1092.

Отпечатано на Саратовском полиграфическом комбинате. 410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59.